Nr. 35. 27. sierpnia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Janina DĄBROWSKA. Otwock.

Ciśnienie średnie tętnicze w gruźlicy płuc.

Z Sanatorjum Sejmiku Warszawskiego w Otwocku.
Dyrektor: Dr. med. Paweł Martyszewski.

Ciśnienie średnie, którego znaczenie dla kliniki pierwszy podniósł Pachon, jest przeciętną wszystkich ciśnień zmiennych, następujących po sobie w naczyniu. Nie jest to jednakże wielkość średnia arytmetyczna. Jest to teoretyczne ciśnienie stałe, przy którem możnaby utrzymać chyżość i natężenie strumienia krwi w naczyniach na tym samym poziomie, jak przy systemie ciśnień zmiennych. Dlatego Pachon nazwał je ciśnieniem wystarczającem, skutecznem *(efficace)*.

Pomiar ciśnienia średniego znany był dawno w fizjologji. Używano do tego celu rurki Mareya. Był to pusty manometr rtęciowy, posiadający zwężenie w dolnej części aparatu. Zwężenie tłumiło wahania, pochodzące od skurczów serca i wówczas w ramieniu aparatu rtęć podnosiła się i ustalała na poziomie 15 cm Hg przy skurczowem 20, u królika — 9 cm.

Gley i Gomez, opierając się na schemacie przyrządu z doświadczeń Pachona z 1921 roku, w którym płyn z aparatu Mareya zastąpiono powietrzem, udowodnili, że ciśnienie średnie, skuteczne, jest równoznaczne z przeciw-ciśnieniem, przy którem wychylenia oscylometru są największe.

Ciśnienie to u ludzi w wieku od 9—25 lat wynosi około 9 cm Hg, od 25—50 r. życia — waha się między 8 a 11 cm Hg z przewagą 9. Po 50 roku życia cyfra ciśnienia średniego waha się między 9 a 12, skłaniając się do 10.

Skala wahań ciśnienia średniego w ciągu całego ludzkiego życia jest więc b. mała, waha się w granicach 1—2 cm, co stanowi dość duży kontrast ze znacznemi wahaniami, jakim podlegają ciśnienia skrajne.

Ciśnienie średnie jest łatwiejsze do odczytania, niż skurczowe lub rozkurczowe, pozatem jest wierniejszym obrazem pracy serca, gdyż pomiar jego odbywa się w warunkach bardziej zbliżonych do rzeczywistości, niż pomiar skurczowego dokonywany w uciśniętem naczyniu.

Płeć nie ma wpływu na jego wielkość. Obojętna jest pora dnia, w jakiej robi się pomiary. Trawienie pokarmów pozostaje również bez wpływu na ciśnienie średnie, podczas gdy skurczowe w tych samych warunkach podlegało trzem zmianom: początkowemu natychmiastowemu podniesieniu, wtórnemu spadkowi, występującemu w godzinę po spożyciu pokarmu i wreszcie późnemu następczemu podniesieniu ciśnienia o 2—3 cm. Zmęczenie, wysiłek fizyczny podnosi na krótki przeciąg czasu ciśnienie średnie, lecz w stopniu daleko słabszym, niż ciśnienie skurczowe lub rozkurczowe.

Adrenalina podnosząca ciśnienie skurczowe nie wpływa również na ciśnienie średnie. Próby, jakie czyniono w naszym zakładzie, by adrenaliną wywołać podniesienie ciśnienia — zawiodły. Adrenalina bowiem stosowana podskórnie — podnosiła wprawdzie ciśnienie skurczowe tuż po zastrzyku o kilka milimetrów, obniżała jednakże ciśnienie średnie, które dopiero po 2 godzinach wracało do poprzedniego poziomu. Kilkakrotnie, codzień powtarzane zastrzykiwania podskórne adrenaliny pozostały bez wpływu na ciśnienie średnie.

Według doświadczeń Gomeza i Lajoie, ludzie młodzi w wieku od 20—25 lat, wysportowani, wolni od wszelkich oznak niedomogi sercowej, po biegu 200-metrowym mieli podniesione ciśnienie skurczowe od 2—3 cm, wyrównujące się po upływie 2—3 minut. Ciśnienie rozkurczowe podnosiło się od ½—1 cm, opadając natychmiast do normy. Natomiast ciśnienie średnie nie ulegało najmniejszej zmianie.

Ludzie z nadciśnieniem różnie reagowali na wysiłek. Przy braku zaburzeń ze strony mięśnia sercowego ciśnienie skurczowe podnosiło się jak poprzednio od 2—5, rozkurczowe od 1—3, zaś ciśnienie średnie od ½—1 cm. Po 4—5 minutach ciśnienie średnie wracało do normy. Przy istniejącej jednocześnie niedomodze sercowej, ciśnienie skurczowe podnosiło się bardzo nieznacznie, rozkurczowe — znacznie, wskutek czego ciśnienie różniczkowe zmniejszało się, ciśnienie średnie natomiast podnosiło się od 2—4 cm.

Ciekawym objawem podkreślanym przez wielu autorów jest fakt, że ciśnienie średnie w wypadkach wyrównanych trzymało się bliżej ciśnienia rozkurczowego, podnosząc nieznacznie swoją wielkość. Były to przypadki bez przerostu serca, dość łagodne, z dobrem rokowaniem. W razach niedomogi mięśnia sercowego z towarzyszącym mu przerostem, białkomoczem, zatrzymywaniem azotu, obrzękami, ciśnienie średnie zbliżało się raczej do ciśnienia skurczowego. W tych razach powodem zmiany ciśnienia średniego było osłabienie mięśnia sercowego, ze złem rokowaniem — w następstwie.

Ciśnienie średnie odgrywa doniosłą rolę w ocenianiu mającej nadejść niedomogi sercowej; *podniesienie bowiem jego odosobnione,* bez zmiany ciśnienia skurczowego jest pierwszym zwiastunem nadchodzącej niedomogi sercowej. Stwierdzenie w takich razach powiększenia wymiarów serca badaniem fizykalnem czy rentgenologicznem umacnia rozpoznanie postawione wcześniej na podstawie zmiany w ciśnieniu średniem i pozwala tem samem przy racjonalnem leczeniu na odsunięcie okresu niewydolności mięśnia sercowego. Podniesienie ciśnienia średniego bez podniesienia ciśnienia skurczowego występuje także w przebiegu eklampsji, w zatruciu ołowiem, obrzęku płuc i napadach udarowych mózgu.

Jak zachowuje się ciśnienie średnie w gruźlicy i czy można z jego zachowania się i przebiegu wyprowadzić wnioski, posiadające znaczenie dla rokowania i rozpoznania?

Badania dokonane w tym celu prowadziłam na materjale obejmującym różnorodne postacie gruźlicy, począwszy od zmian gruczołowych poprzez przewlekłe wytwórcze, bądź wysiękowe — do ostrych, rozpadowych.

Badania odbywały się w leżącej pozycji chorego po uprzednim 5-minutowym odpoczynku. Natomiast obojętna była pora dnia i sposób spędzania czasu przez chorego bezpośrednio przed dokonywanym pomiarem, gdyż wystarczał 5-minutowy odpoczynek, aby możliwe podniesienia ciśnienia, spowodowane np. zmęczeniem wskutek spaceru lub innego zajęcia — zupełnie usunąć. Wyniki prób, czynionych przeze mnie w tym kierunku, zgadzały się najzupełniej z wyżej wymienionemi spostrzeżeniami francuskich autorów, że u ludzi z pewną niedomogą układu krążenia, ale bez objawów dekompensacji, ciśnienie podnosiło się bardzo nieznacznie, by w 4—6 minut opaść do poprzedniego poziomu.

Przestrzegałam tylko, by badania powtarzane u tych samych chorych w celu skontrolowania stopnia analogji między ciśnieniem średniem, a zmianami, spowodowanemi leczeniem w stanie ogólnym czy miejscowym, były dokonywane w tych samych warunkach.

Pomiarów dokonywałam oscylometrem Pachona i aparatem Riva-Rocciego.

Aparatu Riva-Rocciego używałam specjalnie do mierzenia ciśnienia skurczowego.

Chorych podzieliłam na 3 kategorje:

Pierwszą kategorję stanowili chorzy na gruźlicę płuc rozpadową, daleko posuniętą, z obniżonem ciśnieniem skurczowem i różniczkowem.

Ciśnienie skurczowe nie przekraczało 9 cm Hg, ciśnienie rozkurczowe było również poniżej normy, nie w tym jednak stopniu, co skurczowe, powodując tem obniżenie ciśnienia różniczkowego.

Ciśnienie średnie było również obniżone. Zbliżało się jednak do ciśnienia skurczowego: wahało się w granicach 6,5—8,5 cm z przewagą górnej granicy. W tych razach obniżonemu ciśnieniu średniemu towarzyszyła również zmniejszona skala wahań igły oscylometru, która wychylała się zaledwie w zakresie od 1—2 podziałek. Ta znaczna hipotonja występowała we wszystkich ciężkich postaciach gruźlicy w jej stadjach końcowych. Obniżenie ciśnienia skurczowego i średniego z maleńką amplitudą wahań — mówiły o daleko posuniętem wyczerpaniu mięśnia sercowego, o utracie wszelkich sił zapasowych, uniemożliwiających sercu jakikolwiek wysiłek. Serce na zmęczenie fizyczne reagowało obniżeniem ciśnienia, grożącem często katastrofalnemi skutkami.

W przypadkach tych, kończących się najczęściej zejściem śmiertelnem, niestwierdzanem tylko w tych razach, gdy chorego przedtem wypisano do domu, ciśnienie skurczowe obniżało się jeszcze bardziej, rozkurczowe pozostawało już bez zmiany.

Ciśnienie średnie zachowywało się zmiennie. Najczęściej wahania igły były tak niewielkie, że ciśnienia średniego już nie dało się oznaczyć. Czasem obniżało się równolegle z ciśnieniem skurczowem, częściej dorównywało mu wielkością.

Gdy więc przypadek był rozpaczliwy, więcej znaczenia rokowniczego posiadało ciśnienie różniczkowe, którego znaczne zmniejszanie zapowiadało bliską katastrofę, niż średnie, i wreszcie wielkość amplitudy igły oscylometru, której zmniejszanie towarzyszyło pogorszeniu.

Między amplitudą, a ciśnieniem różniczkowem zachodziła tu dość ścisła analogja.

Dla zobrazowania podaję dla każdej kategorji po kilka przykładów, wybranych spomiędzy charakterystycznych przypadków.

Przykłady: K. — choruje od roku. Choroba rozpoczęła się krwotokiem, od czasu którego chory czuł się osłabiony; sporo kaszlał i odpluwał, odczuwał duszność przy wysiłku. Stan ten pogarszał się z każdym dniem. W chwili przyjścia do sanatorjum chory nie ma siły wstać z łóżka.

Stan ogólny: budowa prawidłowa. Chory bardzo wyczerpany i wyniszczony. Zupełny brak podściółki tłuszczowej. W płucach obustronnie rozległe nacieczenia stwierdzone rentgenologicznie i badaniem fizykalnem. Granice serca prawidłowe. Tony głuchawe, tętno 120/min., b. drobne.

Ciśnienie skurczowe 9,5, rozkurczowe 6,2 cm Hg; średniego oznaczyć nie można spowodu zbyt małych wahnięć.

Chory w kilka dni potem zmarł.

D. W. — chory, lat 44, robotnik. W czerwcu 1932 roku dostał bólu gardła, chrypki, zaczął kaszlać. Dolegliwości nasilały się z każdym dniem. Chory stracił łaknienie, osłabł, odczuwał duszność przy najmniejszym wysiłku. Badanie objektywne stwierdziło znaczne wyniszczenie ogólne, sinicę twarzy, w płucach rentgenologicznie — plamistości o nieostrych konturach, miernem nasyceniu cienia, gęsto pokrywające oba pola płucne; fizykalnie obustronnie — oddech oskrzelowy, z rzężeniami dźwięcznemi drobno- i średniobańkowemi. Krtań: języczek przekrwiony z wybroczynami, brzegi nagłośni obrzmiałe i zgrubiałe.

Granice serca prawidłowe. Tony głuchawe. Tętno 106/min.

Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe 9,8/6,8, ciśnienie średnie 8,6, amplit. 2,5.

W kilka dni później chory bez poprawy wypisuje się do domu. Ciśnienie 8,8/6,2, średnie 8,0, amplit. 2. Tętno 120/min. b. drobne, miarowe.

Drugą kategorję stanowili chorzy o postaci gruźlicy włóknistoserowatej w przeważnej większości przypadków z jamami, z prątkami w plwocinie, z lepszym jednak niż poprzednia kategorja stanem ogólnym, dzięki któremu można było stosować czynne leczenie w postaci odmy sztucznej i plomby, wyrwania nerwu przeponowego, lub domięśniowych zastrzyków allochryzyny.

Chorzy, spomiędzy których większość pracowała umysłowo, bądź fizycznie, przyjeżdżali do sanatorjum na przeciąg 2—3 miesięcy i po przeprowadzeniu kuracji sanatoryjnej wyjeżdżali najczęściej z dobrym wynikiem. Siły rezerwowe ich mięśnia sercowego były dość duże. Chorzy bez odczuwania zmęczenia odbywali spacery, spełniali różne drobne czynności.

W tej kategorji chorych ciśnienie skurczowe było cokolwiek obniżone; ciśnienie rozkurczowe w normie, lub cokolwiek poniżej. Tętno przeważnie przyśpieszone, około 100. Ciśnienie średnie wahało się od 8,5 — 10 z amplitudą wahań od 2—5.

Dla tych chorych ciśnienie średnie było bardziej miarodajnym wyrazem stanu serca, niż ciśnienie skurczowe lub różniczkowe, gdyż bywali pacjenci, u których ciśnienie skurczowe było dość niskie (poniżej 10), u których jednak nie można było stwierdzić objawów niedomogi mięśnia sercowego, którzy dobrze zupełnie znosili wysiłki fizyczne i co do których obserwacja 2-letnia potwierdziła tę opinję. Miarą wydolności aparatu krążenia tych osobników było raczej ciśnienie średnie, które było u nich w normie od 9—10 cm Hg. Jeśli następowała poprawa miejscowa i stanu ogólnego bez względu na rodzaj leczenia, czy była nią kolapso-, czy chryzoterapja, podnosiło się trochę ciśnienie skurczowe i dochodziło do normy ciśnienie średnie z 8 do 9—10 cm Hg, powiększała się też zazwyczaj amplituda wahań. Odwrotnie było przy pogorszeniu. Wtedy ciśnienie średnie obniżało się o kilka milimetrów, lub nie zmieniało się, o ile uprzednio było już obniżone.

Przykłady: F. M. — lat 24, studentka. Od kilku lat miewa stany podgorączkowe, trochę kaszle; przez cały czas leczy się klimatycznie; na dwa tygodnie przed przyjazdem do sanatorjum zagorączkowała do 38°, więcej kaszlała i znacznie osłabła. Badanie rentgenologiczne stwierdziło liczne plamistości w górnej części pola płucnego prawego z jamą wielkości wiśni na wysokości obojczyka.

Fizykalnie — w miejscu zmian stwierdzonych rentgenologicznie — oddech oskrzelowo-pęcherzykowy z drobno-bańkowemi rzężeniami, słyszalnemi głównie po kaszlu.

W plwocinie znaleziono prątki Kocha i włókna sprężyste.

Chora miewa stany podgorączkowe, czuje się osłabiona.

20. VII. — ciśnienie 10,0/8,0, średnie 8,5, amplituda 2. Tętno 94/min. Granice serca prawidłowe. Tony czyste.

22. VII. — założono chorej odmę prawostronną. W sierpniu rozpoczęto kurację allochryzyną, przerwaną po pobraniu przez chorą 1 g allochryzyny wskutek uporczywych wyprysków na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej.

24. IX. — c. 11,8/6,8; c. średnie 9,5, amplituda 6. Tętno 90/min. Stan ogólny chorej poprawił się znacznie. Ciepłota opadła do stanów bezgorączkowych. Rentgenologicznie — płuco prawe całkowicie uciśnięte odmą. Oddech nad prawem płucem osłabiony bez szmerów dodatkowych.

W plwocinie prątków nie znaleziono.

13. XII. — c. 11,5/7,0, cm Hg., c. średnie 9,2, amplituda 3.

Poprawa zaznacza się w dalszym ciągu.

S. E. — lat 27, zamężna. Od 2 lat kaszle, czuje się osłabiona, miewa niestale stany podgorączkowe. Roentgen — stwierdza liczne zaciemnienia o nieostrych konturach i miernem nasyceniu cienia częściowo zlewające się ze sobą. W lewem i prawem płucu jama wielkości orzecha włoskiego po prawej stronie i śliwki w lewem płucu. Obustronnie oddech oskrzelowo-pęcherzykowy z bardzo licznemi rzężeniami drobno- i średnio-bańkowemi, obficiej słyszalnemi po stronie lewej. W plwocinie znaleziono prątki i włókna sprężyste.

Granice serca prawidłowe. Krótki szmerek telesystoliczny słyszalny nad mostkiem i tętnicą główną.

12. IX. — c. 10,4/5,5, ciśnienia średniego nie można było oznaczyć spowodu zbyt małych wahnięć. Chorej próbowano założyć odmę lewostronną, nieudaną spowodu zrostów. Rozpoczęto przeto kurację allochryzyną, której chora wzięła ogółem w ilości 1,575 g.

11. XI. — c. 11,4/6,5 cm Hg, c. śr. 9,0, amplituda 5.

4. XII. — przed wyjazdem chorej z sanatorjum c. 12,5/6,0, średnie 9,2, amp. 5.

Stan ogólny chorej poprawił się znacznie. Chora nie gorączkuje, na wadze przybyła około 5 kg. Roentgen — zniknęła jama w prawem płucu, w lewem zmniejszyła się znacznie. Fizykalnie — ilość rzężeń, zwłaszcza nad prawem płucem, mniejsza.

L. J. — od sierpnia 1931 roku czuje się osłabiony, gorączkuje niestale do 38°, sporo kaszle i odpluwa. Od 4 miesięcy ma wolne stolce w ilości 2 na dobę. Roentgen — w obu płucach jamy wielkości mandarynek i liczne nacieczenia o ostrych konturach i sporem nasyceniu cienia. Obustronnie oddech oskrzelowo-pęcherzykowy z licznemi rzężeniami drobno- i średnio-bańkowemi. W plwocinie — prątki Kocha i włókna sprężyste obecne.

Granice serca prawidłowe, tony czyste.

20. XII. — c. 11,8/3,5, ciśnienie średnie 8,6/3,5.

17. VIII. — po założeniu odmy obustronnej ciepłota sięga niestale do 38° C. Stolce utrzymują się w ilości 3 na dobę, wolne. C. 11,0/6,5, ciśnienie średnie 8,2, amplituda 3.

8. IX. — od kilku dni utrzymuje się niewielkie krwioplucie. Stolce bez zmiany od 2—3 na dobę. Na wadze ubył około 6 kg. C. 11,0/6,8, ciśnienie średnie 8,8, amplituda 7.

3. XI. — przed 10 dniami miał kilka krwotoków w ilości do $1-1^1/_2$ litra krwi. Chory osłabiony. Miewa niewielkie stany podgorączkowe. C. 10,5/5,8, ciśnienie średnie 7,5, amplituda 4.

10. XII. — chory miewa po każdem dopełnieniu odmy sztucznej niewielkie krwioplucie. Czuje się osłabiony, kaszle sporo, odpluwa. Miewa stany podgorączkowe. W plwocinie w dalszym ciągu prątki Kocha. W lewej jamie opłucnej rentgenologicznie stwierdza się niewielką ilość płynu. C. 10/6,0, ciśnienie średnie 7,6, amplituda 2.

Stan chorego ulega stałemu pogorszeniu.

Trzecią kategorję stanowili chorzy z gruźlicą ukrytą, bez prątków w plwocinie. Chorzy byli osobnikami o dobrej budowie ciała, z dobrym stanem ogólnym, dużym zapasem energji życiowej. Przybywali najczęściej w celach wypoczynkowych i po krótkim okresie czasu 1—2 miesięcznym w dobrym stanie opuszczali sanatorjum. U nich przeważnie nie stwierdzało się odchyleń od normy.

Przykłady: W. Alojzy — chory, lat 34, leśniczy; od 1931 roku cierpi na zaburzenia psychiczno-nerwowe, wywołane przeżyciami wojennemi. Od tygodnia kaszle; od początku choroby czuje się osłabiony. Roentgen stwierdził nieliczne, drobne plamistości w obu szczytach płucnych. Oddech w tem miejscu oskrzelowo-pęcherzykowy, bez szmerów dodatkowych. W plwocinie nie znaleziono

prątków Kocha, ani włókien sprężystych. Granice serca prawidłowe, tony czyste. C. 12,5/8,0 cm. Hg, ciśnienie średnie 9,8; amplituda 6. W 2 miesiące potem chory opuszcza zakład z poprawą ogólną. C. 12,5/8,0 cm Hg, ciśnienie średnie 9,8, amplituda 6.

Czy ciśnienie średnie może odgrywać role zwiastuna ostrzegającego swojem podnoszeniem przed mającym nadejść krwotokiem, trudno powiedzieć, bo co do tego brak mi danych, mimo że pomiary ciśnienia średniego trwają w naszym zakładzie od roku. W każdym bądź razie nie stwierdziłam, jak podaje Giraud, jakoby skłonność do krwotoków występowała u hipertoników. Wielu naszych chorych krwotocznych miało ciśnienie obniżone, po krwotokach zaś i ciśnienie skurczowe i średnie obniżało się jeszcze więcej.

Jak wytłumaczyć i czemu przypisać można obniżenie ciśnienia w gruźlicy?

Ciśnienie kształtuje się pod wpływem 3 czynników: 1) masy krwi, 2) czynności samego mięśnia sercowego i 3) oporów na obwodzie.

Wpływ ze strony masy krwi w gruźlicy na ciśnienie jest nieznaczny, gdyż jeżeli pominąć krwotoki, gdzie wskutek upływu dużych ilości krwi — znacznie się obniża, to pozatem niema takich zmian ilościowych w elementach morfotycznych krwi lub osoczu, by mogło to się odbić na ciśnieniu krwi.

Natomiast duży wpływ posiada stan mięśnia sercowego. Siła, z jaką on krew wyrzuca do dużego krwiobiegu, decyduje w dużej mierze o ciśnieniu, jakie zapanuje na obszarze układu naczyniowego obwodowego. Mięsień sercowy w gruźlicy ma przed sobą pracę zwiększoną wskutek zastoju żylnego w małym krwiobiegu. Stara się dostosować do zwiększonych wymagań, odpowiadając przerostem włókien. Jednakże jady gruźlicze uszkadzają samą tkankę mięśniową, powodując jej zwyrodnienie. Serce nie może wtedy sprostać zadaniu, pompa ssąco-tłocząca pracuje słabiej — następuje obniżenie ciśnienia.

Nietylko jednak sam mięsień sercowy należy w takich razach obwiniać o obniżenie ciśnienia. Jady gruźlicze uszkadzają także prawdopodobnie tkankę nerwową, regulującą światło kanału naczyniowego, pociągając w konsekwencji jego rozszerzenie. To zmniejszenie napięcia naczyniowego, jak w wielu innych chorobach zakaźnych, daje spadek ciśnienia wprawdzie nie katastrofalny, jak w ostrych chorobach zakaźnych, ale niemniej groźny w skutkach.

Reasumując dane dochodzimy do wniosku, że *w gruźlicy ciśnienie średnie jest obniżone, trzyma się najczęściej dolnej granicy normy. W miarę poprawy podnosi się ciśnienie średnie do normy; przy pogarszaniu — obniża się do 7—8 cm Hg, zmniejszając jednocześnie amplitudę w stanach ciężkich* tak, że w stanach preagonalnych ciśnienia średniego oznaczyć już nie można wobec braku wahań igły. Dzięki swojej stałości ciśnienie średnie jest dokładniejszym i pewniejszym probierzem sprawności czynnościowej serca od ciśnienia skurczowego bądź rozkurczowego.

P. LIDZKA i T. WĄSOWSKI. Wilno.

Przyczynek do kazuistyki ostrej białaczki limfatycznej z zespołem Mikulicza.

Z kliniki dziecięcej U. S. B. (Dyrektor: Prof. Dr. W. Jasiński) i z kliniki otolaryngolog. U. S. B. (Dyr. Prof. Dr. J. Szmurło).

Ostra białaczka limfatyczna wieku dziecięcego nie jest schorzeniem zbyt rzadkiem. Jednak o istocie i patogenezie tej jednostki chorobowej niewiele wiemy. Część autorów uważa za jej przyczynę zakażenie septyczne. Inni są zdania, że nie jest to samodzielna jednostka chorobowa, ale tylko jedna z postaci posocznicy.

Nasz przypadek może potwierdzić, że związek między schorzeniem posocznicowem a ostrą białaczką limfatyczną rzeczywiście istnieje. Pozatem cechą wyróżniającą ten przypadek jest zespół Mikulicza, który wystąpił w przebiegu choroby.

Jord. Alfreda 7 lat została przyjęta do kliniki dziecięcej U. S. B. 30. IX. 31 r. z następującemi skargami: przed miesiącem wystąpiła gorączka, dziecko skarżyło się na bóle gardła; po tygodniu przestała gorączkować. 24. IX. ciepłota znów się podniosła, zjawiło się powiększenie gruczołów podszczękowych; od 26. IX. skarży się na bóle w prawem podudziu.

Stan obecny: dziecko sprawia wrażenie ciężko chorego. Budowa wątła, odżywianie znacznie upośledzone. Wzrost 112 cm (—1 cm). Waga 16.300 (—4,400). Skóra wybitnie blada z odcieniem żółtawym. Ciepłota 38°. Pirquet (—). B.W. — ujemny. Obrzęk i bolesność lewego dolnego brzegu żuchwy, obrzęk i znaczna bolesność prawego podudzia i prawej stopy. Stawy są wolne. Mięśnie słabo rozwinięte. Jama ustna: obrzęk i owrzodzenie w okolicy zęba trzonowego po stronie lewej, owrzodzenie na śluzówce lewego policzka. Gardło bez zmian, język znacznie obłożony. Granice serca nieprzesunięte, akcja serca przyśpieszona, tony głuche; tętno 144, małe. W płucach zmian patologicznych nie stwierdzono. Brzuch wciągnięty, wątroba i śledziona niemacalne. Mocz bez zmian. Badanie krwi I. X.: patrz tablice. Uważając za wskazane szybkie wykonanie zabiegu spowodu *osteomyelitis cruris dxt* chorą przeniesiono do kliniki chirurgicznej.

W czasie pierwszego pobytu w klinice uderzały wybitna niedokrwistość i znaczna względna limfocytoza (81%).



W klinice chirurgicznej dziecko było od 2. X. do 8. X. — 7. X. zjawiło się ropienie obu uszu, drgawki, t° do 40. Dziecko przeniesiono do kliniki otolaryngologicznej. Badanie wykazało: głębokie owrzodzenie pokryte brudną wydzieliną w okolicy lewego dolnego trzonowego zęba (w wydzielinie krętki i wrzecionkowce Plaut-Vincenta). Krtań bez zmian chorobowych. Obfite ropienie z obu uszu, bolesność obu wyrostków sutkowych na dotyk. Badanie słuchu: mowa zwykła obustronnie — 0,3. Dolna gran. — C 128, górna gr. — N. Rinne. (—) obustr., Schwabach — przedł., Weber — w lewo. Wyraźny Oppenheim, nieznaczna sztywność karku. W ropie z uszu paciorkowce i pojedyńcze pneumokoki. Posiew krwi jałowy.

13. X. w narkozie eterowej inhalacyjnej obustronna trepanacja wyrostka sutkowego. Kość chorobowo zmieniona, rozmiękczona, ziarnina.

14. X. Wobec utrzymywania się t° zastrzyknięto domięśniowo 20 cm³ krwi matki po uprzedniej aktywacji jej szczepionką paciorkowcową. W dalszym przebiegu dwukrotnie stosowano to leczenie. 21. XI. t° 36,8. rany za uchem prawie wygojone. Ropienie z uszu mniejsze. Przeniesiono chorą na klinikę chirurgiczną, spowodu trwającego obrzmienia i bolesności podudzia prawego *(osteomyelitis tib.)*. 30. XI. operacja *(incisio)*, poczem dziecko znów przeniesiono do kliniki otolaryngologicznej.

1. XII. wystąpił obustronny obrzęk gruczołów przyusznych. Po tygodniu objaw ten ustąpił i 14. XII. dziecko wypisano do domu jako zdrowe. Po tygodniu wystąpiły ponownie obrzmienia gruczołów przyusznych i łzowych, które stopniowo się powiększały, i 20. I. 32. dziecko po raz drugi przybyło do kliniki dziecięcej. Dziecko nie sprawia wrażenia ciężko chorego, siedzi, bawi się. Waga 19,400 (—1300). Uderza zniekształcenie twarzy: duże guzy wielkości małego jabłka przed małżowinami usznemi, skóra nad guzami sinawo-czerwona, miejscami jakby pozbawiona naskórka; guzy twarde, mało przesuwalne. Podobne, tylko mniejsze guzy są w okolicy zewnętrznych części powiek górnych. Guzy są niebolesne. Skóra na powiekach prawie niezmieniona. Skóra na czole nacieczona, z odcieniem czerwono-sinawym. W dolnej części brzucha nieliczne wybroczyny wielkości łebka szpilki. Skóra twarzy blada, na nosie nacieczona. Śluzówki normalnie zabarwione. Na zewnętrznej powierzchni podudzia prawego blizna pooperacyjna zrośnięta z kością długości 1 cm. Układ gruczołowy: ślinianki przyuszne są znacznie powiększone (wielkości małego jabłka), gruczoły łzowe powiększone, twarde, wielkości orzecha laskowego. Gruczoły podszczękowe również znacznie powiększone. To samo dotyczy gruczołów pachowych, kolanowych i pachwinowych. Szpary oczne skośne wskutek obrzmienia gru-

czołów łzowych, nos obrzękły. W sercu i płucach zmian chorobowych nie stwierdzono. Wątroba i śledziona niemacalne. Badanie krwi patrz tablica.

Mocz bez zmian patologicznych. W kale jaja włosogłówki ludzkiej.

W czasie pobytu w klinice wystąpiły nacieczenia skóry na czole, na powiekach górnych i dolnych. Na skórze klatki piersiowej kilka nacieczeń wielkości dwugroszówki, pokrytych skórą sinawo-czerwoną. Gruczoły międzyżebrowe powiększone. Na szyi stylu gruczoły wielkości fasoli wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego; na plecach 3 drobne nacieczenia skóry. Na wardze górnej nacieczenie zwiększyło się, wytworzył się ropień. W tym okresie stosowano *Natr. kakodyl.* podskórnie (15 wstrzyknieć). Badanie histologiczne (w Zakł. An. Patol. U. S. B.) gruczołu limfatycznego z wewnętrznej powierzchni lewego ramienia wykazało bujanie tkanki limfatycznej naokoło naczyń i nerwów, budowa gruczołu zatarta. 30. I. 32. zaczęła się stopniowo podnosić t⁰. Dziecko skarży się na ból wargi górnej i gardła; stwierdzono zaczerwienienie i powiększenie migdałków, nalotów brak.

19. III. (patrz tabl.).
22. III. (przed 3 naśw.) patrz tabl.
23. III. (po naśw.) patrz tabl.

5. IV. dziecko przyjęte po raz czwarty do kliniki w stanie bardzo ciężkim. Dziecko apatyczne, niechętnie odpowiada na pytania. Zewnętrzny wygląd znacznie się zmienił: guzy na głowie i na czole znikły, gruczoły przyuszne i łzowe znacznie zmniejszyły się, szpary oczne dość szerokie, zwężają się tylko nieco w kątach zewnętrznych. Mówi źle, mowa nieco nosowa. Waga 18,300. Skóra blada, na twarzy ma odcień fioletowo-sinawy; na czole w miejscach naświetlań Roentgenem żółte plamy. Na skórze brzucha, klatki piersiowej i na kończynach dolnych widać wybroczyny krwawe wielkości soczewicy. Błony śluzowe wybitnie blade. Szarawe, dość głębokie owrzodzenie wielkości 1 cm na dziąśle dolnem koło zęba trzonowego lewego, mniejsze owrzodzenie na śluzówce prawego policzka. Kości, szczególnie mostek są przy opukiwaniu bolesne. Dziecko skarży się na ból i łamanie w stawach. Układ gruczołowy: b. liczne gruczoły wielkości od fasoli do orzecha włoskiego są macalne na szyi, pod pachami,

Data	Hb	Ciał. b.	Ciał. czerw.	Normobl	Odczyn Biernackiego po 1/2 g.	po 1 g.	Kwasochł.	Zasad.	Myeloc.	Młod.	Pał.	Segm.	Limf.	Mon.	Türk	Uwag
1. X.	37%	3.400	1,820.000				1	0	0	1	6	11	81	0		
21. I.	90%	9.600	4,800.000	i na 200 ciał.	7 mm	11 mm	1	0	0	4	17,5	16,5	59	1.5	0,5	
25. I.							0,5	0	0,5	1,5	4,5	8	83,5	1,5		
1. II.	84%	6.800	4,410.000		10 mm	14 mm	0,5	0	0	1,5	7	8,5	81	1,5		
6. II.		6.200					0	0	0	0	10,5	23,5	64,5	1,5		Czas krzepnięcia 15,5 min.
24. II.	64%	2.800	3,200.000		11 mm	16 mm	1.5	0	0	1	10	32	55,5	0		
1. III.	65%	4.200	3,560.000	1 na 200 ciał.	13 mm	17 mm	4	0	0	0	7	30	57,5	1		
7. III.		7.400		3 na 200 ciał.					0,5	3,5	15	38	43	0		Przed 1 naśw. rentg. (7. III.).
8. III.		8.800		1 na 200 ciał.			0,5	0	0	0	8	44	47,5	0		Po naświetlaniu.
14. III.		10.400					0,5	0	0	2	6	12	78	1,5		Przed 2 naśw. rentg. (15. III.).
18. III.		3.400														Po 2 naświetlaniu.
19. III.		4.200					0,5	0	1,5	1,5	1,0	15,5	80	0		
22. III.		8.200														Przed 3 naświetlaniem.
23. III.		5.700														Po 3 naświetlaniu rentg.
7. IV.	45%	1.700	2.880.000	2 na 200 ciał.	23 mm	poniżej 0 mm	0,5	0	0	1	3,5	10,5	81	0,5		Znaczna pojkilocytoza, anizocytoza.
18. IV.	30%	800	1,800.000		po 15 min. 0 mm		2	0	0	0	24	40	34	0		
20. IV.		1.400	1,610.000				0	0	0	0	0	71	29	0		Przelewanie krwi.
23. IV.	37%	1.000	1,630.000													

3. II. — 7. II. t⁰. do 39. Ból gardła trwa. Z nosa obfita wydzielina z domieszką krwi, badanie jej wykazało obecność maczugowców błonicy, wobec czego dziecko skierowano do szpitala zakaźnego. Badanie krwi: c. b. — 7.000, E. — 0,5, B. — 0, My — 0, Mł. — 1,5, P. — 4,5, Seg. — 8, L. — 83,5, M. — 1,5. (26. I.).

1. II. (patrz. tablica).
6. II. (patrz tablica).

19. II. dziecko po raz trzeci wróciło do kliniki chorób dziecięcych (izolowane w osobnym pokoju).

Stan ogólny dosyć dobry, dziecko chce chodzić, bawi się wesoło. Twarz mniej zniekształcona, nie widać dużych guzów w okolicy gruczołów przyusznych, a tylko niewielkie skupienia gruczołów wielkości orzecha laskowego. W okolicy górnych powiek wyczuwa się gruczoły łzowe wielkości orzecha laskowego. Na skórze głowy liczne nacieczenia w postaci guzów wielkości śliwki, pokryte zaczerwienioną skórą. Podobne guzy, lecz mniejsze na czole. Pozatem jak podczas drugiego pobytu stwierdza się drobne gruczoły stylu w dolnej części szyi i na klatce piersiowej. Nacieczenia i gruczoły są pokryte skórą czerwono-sinawą. Ciepłota waha się w granicach 37,8. W jamie ustnej zmian nie stwierdzono. Gardło nieznacznie zaczerwienione. Serce i płuca bez zmian. Wątroba i śledziona niemacalne.

20. II. (patrz tablica).
29. II. (patrz tablica).

Stosowano *Natr. kakodyl.* podskórnie (11 zastrzyknięć).

2. III. dziecko wypisano na żądanie matki, która chce koniecznie zastosować leczenie przy pomocy naświetlań powiększonych gruczołów promieniami Roentgena. Dziecko nadal pozostawało pod obserwacją kliniczną. Po pierwszych dwóch naświetlaniach 7. III. i 15. III. (naświetlano kolejno prawą i lewą połowę szyi) odczyn był wybitny, t⁰ do 40, wymioty, stan ogólny gorszy. Odczyn ten trwał jedną dobę, poczem stan się poprawiał. Podczas trzeciego seansu naświetlono lewą połowę czoła. Guzy stopniowo zmniejszyły się, lecz stan dziecka znacznie się pogorszył, zjawiła się gorączka do 40.

na klatce piersiowej w przestrzeniach międzyżebrowych i na prawem ramieniu. Gruczoły przyuszne i łzowe niemacalne, na ich miejscu wyczuwa się jedynie twardą nacieczoną tkankę. Akcja serca przyśpieszona, tętno 120, tony głuche. Śledziona i wątroba powiększone, wyczuwa się je 1,5 palca pod łukiem żebrowym, są bolesne na ucisk.

16. IV. wystąpiła wybitna duszność, *aphonia.* W ciągu dni najbliższych duszność zwiększyła się, wobec czego wykonano tracheotomię. Stan ogólny dziecka pogarszał się; tętno 160; duszność, która bezpośrednio po tracheotomji ustąpiła, zwiększyła się znowu wybitnie. Roentgen wykazał wybitne rozszerzenie wnęki prawej, sięgające kątem do prawej bocznej ściany; lewa wnęka mniej rozszerzona, w płucach drobne plackowate zaciemnienia. Zastosowano przetaczanie krwi (70 cm). W stanie bardzo ciężkim dziecko zabrano do domu.

Badania krwi w końcowym okresie choroby.

7. IV., 18. IV. (patrz tablica).

W preparatach nie stwierdzono limfocytów o cechach patologicznych (brak dużych postaci z dużem jasnem jądrem, brak postaci Riedera, brak nagich jąder). Płytki nieliczne, pojedyńczo ułożone; brak grup sklejonych płytek, liczba ich wynosi 10,000 — 30,000.

20. IV., 27. IV. patrz tablica.

Katamnesis: po kilku dniach dziecko zmarło w domu.

Epicrisis: U dziecka 7-letniego po przebytej anginie we wrześniu 1931 roku wystąpiło zapalenie szpiku kostnego prawego podudzia i żuchwy po stronie lewej. W jamie ustnej owrzodzenia. Wybitna niedokrwistość. W obrazie krwi uderza brak leukocytozy, a nawet leukopenja do 3,400 ze względną limfocytozą (81%), c. cz. 1,820.000, Hb 37%. Po kilku dniach do wyżej wymienionych objawów dołączyło się obustronne ostre zapalenie ucha środkowego. W klinice otolaryngologicznej wykonano obustronną trepanację wyrostka sutkowego, w klinice chirurgicznej — operację podudzia prawego. W początku grudnia, w czasie pobytu w klinice otolaryngologicznej wystąpiło obrzmienie gruczo-

łów przyusznych, które po tygodniu ustąpiło. W połowie grudnia dziecko jako zdrowe wypisano do domu. Po tygodniu występuje zespół Mikulicza, t. j. powiększenie gruczołów przyusznych i łzowych, a jednocześnie stwierdza się powiększenie i innych gruczołów chłonnych: podszczękowych, szyjnych, pachowych, na ramionach, w pachwinach, w dole podkolanowym. Zjawiają się nacieczenia skóry na czole, na nosie, na klatce piersiowej i na plecach, wybroczyny krwawe na skórze brzucha, owrzodzenia w jamie ustnej. Wątroba i śledziona niemacalne. W tym okresie (20. I. — 8. II.) Hb 90%, — 84%, c. c. 4,800.000, — 4,410.000; c. b. 9,600, limfocytów 59—84%, segm. 23.5—8%. Stosowano *Natr. kakod.* podskórnie.

Spowodu wystąpienia objawów błonicy dziecko przeniesiono do szpitala zakaźnego. 19. II. dziecko wróciło do kliniki dziecięcej. Stan ogólny jest dość dobry, lecz stwierdza się wybitną leukopenję (c. b. 2800). Gruczoły przyuszne i łzowe znacznie zmniejszyły się, wystąpiły natomiast nacieczenia na głowie i na czole. Badanie histologiczne gruczołu chłonnego wykazało bujanie tkanki limfatycznej naokoło naczyń i nerwów; procesu zapalnego nie stwierdzono. Obraz krwi w tym okresie: Hb 64—65%, c. b. 2800—4200, limf. 55—57%, segm. 30—32%. Zastosowano naświetlania promieniami Roentgena.

Po naświetlaniach stan ogólny znacznie się pogorszył; liczba c. b. stopniowo spadała dochodząc wkońcu *do 800 c. b.*, limfocytoza 84%, segm. 10%, Hb do 30%. Wybitna duszność z afonją, przypuszczalnie wywołana przez ucisk gruczołów, a może powiększonej grasicy. W tym okresie stwierdzono powiększenie wątroby i śledziony; bolesność przy opukiwaniu kości, zwłaszcza mostka. Przetaczanie krwi bez wyniku. W pierwszych dniach maja dziecko zmarło. Cały okres choroby trwał siedem miesięcy.

Cechami wyróżniającemi dany przypadek są: objawy nieokreślonego dokładniej zakażenia ogólnego, które były klinicznie stwierdzone w początku cierpienia; zespół Mikulicza: obraz krwi, a mianowicie — niedokrwistość, trombopenja, leukopenja ze względną limfocytozą; powiększenie gruczołów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziony w końcowym okresie choroby, wybroczyny krwawe na skórze, oraz owrzodzenia w jamie ustnej.

Rozpoznanie różniczkowe. W rozpoznaniu musimy wziąć pod uwagę schorzenia układu limfatycznego, w których spotyka się zespół Mikulicza. Należą do nich: 1) mięsak limfatyczny *(lymphosarcomatosis)*, przeciwko któremu przemawia późne wystąpienie charłactwa, powiększenie wątroby i śledziony, okresy poprawy, spostrzegane w naszym przypadku, moment zakaźny, stwierdzony na początku choroby, utrzymywanie się względnej limfocytozy i charakter gruczołów, które w mięsaku limfatycznym bywają bardziej jednolite; 2) ziarnica złośliwa spotykana w wieku dziecięcym dość często. W cierpieniu tem bywają poty, biegunki, okresowe wzniesienia ciepłoty, czego nie stwierdziliśmy w naszym przypadku. Gruczoły w ziarnicy złośliwej są zrośnięte ze sobą, spoczątku miękkie, później twardnieją, dochodzą do spoistości chrząstki. W obrazie krwi występuje leukocytoza z eozynofilją, monocytoza i limfopenja. Badanie histologiczne wyciętego gruczołu oraz zwiększona limfocytoza stanowczo przeczą rozpoznaniu ziarnicy złośliwej.

Co do gruźlicy gruczołów, to zwykłą postać charakteryzują: przewlekły przebieg rozmiękczenia, przetoki, blizny. Inna postać gruźlicy gruczołów — *granuloma* gruźlicze — przypomina w niektórych okresach ziarnicę złośliwą. Na szyi, pod pachami i w pachwinach powstają duże gruczoły, twardawe, zrośnięte ze skórą, bez skłonności do rozpadu. W płucach nie stwierdza się zmian swoistych. Śledziona może być powiększona. Stan ogólny, samopoczucie, apetyt bywają zwykle dobre. We krwi stwierdza się limfocytozę. Przy uogólnieniu jednak sprawy może wystąpić leukopenja z limfopenją — wtedy stan ogólny znacznie się pogarsza.

Po wykluczeniu tych spraw chorobowych rozpoznajemy z wielkiem prawdopodobieństwem białaczkę utajoną, t. j. bez uchwytnego przechodzenia do krwi limfocytów patologicznych. Za tem rozpoznaniem przemawiają: 1) schorzenie całego układu limfatycznego włącznie z tkanką limfatyczną gruczołów łzowych i ślinowych; 2) zmiany histologiczne w wyciętym gruczole; 3) bolesność przy opukiwaniu kości i 4) zmniejszenie liczby płytek. Bujanie tkanki limfatycznej w gruczołach, brak niedojrzałych postaci szpikowych we krwi, monotonny obraz krwi, zespół Mikulicza nieopisywany w postaci szpikowej — przemawiają za tem, że jest to białaczka limfatyczna.

Co do podziału białaczki na postać ostrą i przewlekłą, — nie decyduje czas trwania choroby. Naegeli uważa, że ostry początek schorzenia i ciężki obraz kliniczny charakteryzują postać ostrą. Zdaniem Baara rozpoznanie ostrej białaczki nie oznacza bynajmniej ostrego przebiegu choroby: oznacza to tylko, że cierpienie zaczyna się nagle i że objawy występują wybitnie już w początkowym okresie. W białaczce przewlekłej objawy te występują znacznie później. Wobec powyższego możemy zaliczyć nasz przypadek do ostrej utajonej białaczki limfatycznej *(leukaemia aleukaemica lymphatica acuta)*.

Zespół Mikulicza, który wystąpił w naszym przypadku, może wystąpić we wszystkich limfocytozach. Dawniej niesłusznie nazywano to chorobą Mikulicza; obecnie uważamy to za zespół objawów, który może wystąpić w gruźlicy (Napp, Meller, Fleischer), w kile, w *sarcomatosis*, w białaczce. Według nowszych badań zespół Mikulicza związany jest ze stanem grasiczo-limfatycznym (Brunn, Häckel).

Reuben podaje następujący schemat podziału zespołu Mikulicza: 1) choroba Mikulicza pierwotna, 2) zespół Mikulicza w zakażeniach przewlekłych (gruźlica, kiła), 3) zespół Mikulicza w chorobach krwi (białaczka limfatyczna i szpikowa), 4) zespół Mikulicza w nowotworach złośliwych i 5) zespół Mikulicza jako wyraz zaburzeń wydzielania wewnętrznego w stanie limfatyczno-grasiczym.

W piśmiennictwie angielskiem Reuben opisuje przypadek rozpoznany jako białaczka limfatyczna z zespołem Mikulicza. U chłopca 5 l. wystąpił ten zespół (symetryczny obrzęk ślinianek, gruczołów łzowych i podszczękowych) obok obrzęku innych gruczołów chłonnych i nacieczeń okostnowych. We krwi leukopenja (2200—5200) ze względną limfocytozą (40—97%). Przed śmiercią wystąpiła leukocytoza (43,000). Guzy twarzy oddziaływały zmniejszeniem na naświetlania radem, lecz na przebieg białaczki żadnego wpływu to nie wywarło. Maternowska i Redlich również opisują przypadek białaczki limfatycznej ze znacznem powiększeniem ślinianek (wielkości małego jabłka). Baar przytacza dokładny opis tej jednostki chorobowej. Ostra białaczka zaczyna się nagle, może jednak być na początku krótkotrwały okres zwiastunów, symulujący ostrą chorobę zakaźną. Początkowe objawy chorobowe są mało charakterystyczne: gorączka, bóle głowy, bóle w stawach, wymioty, mogą być dreszcze. Po kilku dniach występują objawy niedokrwistości, skazy krwotocznej i zjawiają się zmiany nekrotyczne błon śluzowych przewodu pokarmowego, zwłaszcza jamy ustnej. Prócz tego stwierdzamy obrzmienie śledziony i gruczołów chłonnych. Nieraz nekrotyczne zmiany śluzówki jamy ustnej są pierwszemi objawami cierpienia; naogół występują w 70% przypadków ostrej białaczki. Zmiany chorobowe śluzówki mogą przejść na okostną i kość. W piśmiennictwie znajdujemy opisy przypadków, w których podobnie jak i w naszym stwierdzano zapalenie okostnej żuchwy (Hirszfeld i Alexander) lub szczęki górnej (Adamek i Grassberger). Zmiany nekrotyczne rozwijają się zwykle na miejscach nacieczeń białaczkowych. Objawy skazy krwotocznej występują często. Obok wybroczyn na skórze spostrzegamy również nacieczenia. Hochsinger i Schiff opisują przypadek ostrej białaczki u 8-miesięcznego dziecka z nacieczeniami na skórze twarzy i głowy.

Patogeneza. Zastanawiając się nad patogenezą naszego przypadku, bierzemy pod uwagę dwie teorje powstawania ostrej białaczki: a) związek tej postaci z czynnikiem konstytucyjnym, oraz b) związek z zakażeniem.

Herz przypuszcza, że istnieje związek pomiędzy ostrą białaczką a stanem grasiczo-limfatycznym. Uważa on, że ostra białaczka jest specjalnym odczynem ustroju o wadliwej konstytucji na zarazki. Macciota jest zdania, że w wystąpieniu białaczki gra rolę czynnik konstytucyjny. Obok narządów krwiotwórczych ma znaczenie układ siateczkowo-śródbłonkowy i gruczoły wydzielania wewnętrznego. Sternberg przypisuje charakterowi zarazków chorobotwórczych dużą rolę w powstawaniu ostrej białaczki. Niewątpliwie, iż wchodzi tu w grę nie jeden lecz wiele czynników natury infekcyjno-toksycznej. Deutsch w celu wyjaśnienia, czy konstytucja ma znaczenie dla powstawania białaczki limfatycznej, badała krew członków rodziny chorych na to cierpienie. Okazało się, że stale stwierdzano u nich limfocytozę.

Co do związku między białaczką limfatyczną a stanem septycznym, Sternberg sądzi, że ostra białaczka nie jest samodzielną jednostką chorobową, lecz postacią posocznicy. Grosser podkreśla trudności różniczkowania między ostrą białaczką limfatyczną a niedomogą szpiku kostnego na tle septycznem. Jego zdaniem tylko autopsja może wyjaśnić istotę schorzenia. Przychodzi on do wniosku, jaki wypowiedział Sternberg, mianowicie, że ostrą białaczkę należy traktować jako wyraz ogólnego stanu septycznego. Herz, biorąc pod uwagę częstość zakażeń septycznych a rzadkość białaczki limfatycznej wypowiada się za wydzieleniem tej ostatniej jako odrębnej postaci chorobowej. Naegeli, Hirschfeld również przypuszczają, że ostra białaczka i schorzenia septyczne są to cierpienia odrębne: ostra białaczka — jest to tylko ostra postać białaczki

przewlekłej. Jednak Hirschfeld podkreśla trudności różniczkowania między aleukemją limfatyczną a schorzeniami septycznemi. Decydujące są wyniki badania histologicznego narządów po śmierci: w białaczce limfatycznej stwierdza się przerost układu limfatycznego, w schorzeniach septycznych zaś występuje zanik układu granulocytowego; nie stwierdza się przytem rozmnażania limfocytów.

Lundholm opisuje przypadek zakażenia gronkowcowego z objawami białaczki limfatycznej. U dziecka w wieku 3½ lat wystąpiły obrzęki stawów i zwiększająca się leukocytoza. Jednocześnie zjawiły się ogniska zapalne w szpiku kostnym *(osteomyelitis)*. Posiew krwi wykazał obecność gronkowców. We krwi stwierdzono leukocytozę do 137,800 z agranulocytozą. Do tego obrazu dołączyły się obrzęki gruczołów chłonnych i śledziony. Dziecko zmarło. Obraz kliniczny i hematologiczny przemawiał za białaczką limfatyczną. Autor przypuszcza, że zakażenie gronkowcowe atakowało szpik kostny, który nie wytwarzał granulocytów, i wywołało przez podrażnienie tkanki limfatycznej wzmożoną liczbę limfocytów. Jungbluth podaje dwa przypadki białaczki limfatycznej: u dziecka 5 l. z zapaleniem wsierdzia i u dziecka 6 l. z *colisepsis*. Velasco Blanco obserwował przypadek ostrej białaczki limfatycznej u dziecka 2½ lat, która wystąpiła po ropnem zapaleniu opłucnej w przebiegu grypy. Pinkerton na podstawie ośmiu przypadków ostrej białaczki aleukemicznej wypowiada pogląd, że stany leukemiczne i prawdziwa białaczka mogą powstać na tle nieswoistego rozrostu tkanki krwiotwórczej.

Valette, Stolz i Silber opisali przypadek ostrej białaczki limfatycznej po anginie nekrotycznej.

Baar jest zdania, że schorzenia septyczne mogą być przyczyną białaczki limfatycznej. Z drugiej zaś strony w przebiegu ostrej białaczki mogą one występować wtórnie. Wrotami zakażenia są wówczas mające skłonność do rozpadu nacieczenia błony śluzowej jamy ustnej. Zdaniem Moritza, wystąpienie wtórnych zakażeń septycznych należy objaśnić brakiem mikrofagów.

I w naszym przypadku widzieliśmy niewątpliwy związek między ostrą białaczką a nieokreślonem bliżej zakażeniem ustroju.

Leczenie. W niektórych przypadkach uzyskiwano poprawę stanu chorego po kuracji neosalwarsanem (Petren, Odin). Leczenie chininą, rentgenoterapja nie daje pozytywnych wyników. Erlichówna uważa, że rentgenoterapja jest przeciwwskazana w tych przypadkach, w których zanikają we krwi komórki obojętnochłonne.

U naszej chorej leczenie arszenikiem pozostało bez wyniku, naświetlania Roentgenem wywołały pogorszenie.

Wniosek: nasz przypadek mógłby być potwierdzeniem tych poglądów, które wiążą powstanie ostrej białaczki limfatycznej ze stanem septycznym ustroju. Aczkolwiek w przebiegu cierpienia u naszej chorej nie stwierdzono drobnoustrojów we krwi, przebieg kliniczny na początku choroby przemawiał za ogólnem zakażeniem ustroju. U dziecka po przebytej anginie wystąpiło zapalenie szpiku kostnego podudzia i żuchwy. Prawie jednocześnie powstało obustronne zapalenie ropne ucha środkowego i wyrostka sutkowego. Wkrótce wystąpił obraz ostrej utajonej białaczki limfatycznej, objawy niedokrwistości, leukopenja ze względną limfocytozą, trombopenja, objawy skazy krwotocznej, zmiany nekrotyczne w jamie ustnej, powiększenie wątroby i śledziony, powiększenie gruczołów chłonnych, w których stwierdzono bujanie tkanki limfatycznej, bolesność przy opukiwaniu kości. Do tego obrazu ostrej utajonej białaczki limfatycznej dołączył się zespół Mikulicza. Ponieważ objawy jakiegoś nieokreślonego zakażenia ustroju poprzedziły wystąpienie zespołu ostrej białaczki limfatycznej — mamy prawo powiązać te dwie jednostki chorobowe. przypisując zakażeniu ustroju rolę czynnika usposabiającego lub nawet wywołującego.

Wkońcu poczuwamy się do miłego obowiązku podziękowania p. Doc. Dr. M. Erlichównie za łaskawe przejrzenie części preparatów krwi naszej chorej i Jej cenną opinję w tej kwestji.

Piśmiennictwo:

1) Adamek i Grassberger: Wiener Klin. Wschr. 1926. Nr. 3. Str. 72—75. — 2) Baar und Stransky: Die klinische Hämatologie des Kindesalters. 1928. — 3) Barberi: Znbl. 1928. T. 21. — 4) Deutsch Valerie: Mschr. Kinderh. 51. 280—291. 1931. — 5) Dragisic, Branko: Wiener kl. Wschr. 1932. 11. Str. 1165—1169. — 6) Erlichówna M.: Zarys hematologji dziecięcej. 1924. — 7) Esp, Erling: Znbl. 1930. T. 24. — 8) Frontali: Znbl. Kinderh. 1930. T. 23. — 9) Gelderman: Chr. Znbl. Kinderh. 1932. T. 25. — 10) Grosser: Zeitschr. Kinderh. 51. 294—308. 1931. — 11) Hirschfeld: Lehrbuch der Blutkrankheiten. 1918. — 12) Hyland: Znbl. Kinderh. 1930. T. 24. — 13) J. Jolly: Traité technique d'hematologie. 1923. — 14) Lundholm: Acta paediatr. Znbl. Kinderh. 1930. T. 24. — 15) Macciota: Znbl. Kinderh. T. 22. 1929. — 16) Macciota: Idem. — 17) Martelli: Znbl. Kinderh. T. 21. 1928. — 18) Maternowska i Redlich: Pol. Gaz. Lek. 1931. Str. 401—403. — 19) Maternowska i Redlich: Zeitschr. Kinderh. 49. 1930. Str. 652—658. — 20) Muenzer: Pol. Gaz. Lek. 1929. 11. — 21) Opitz: Arch. Kinderh. 86. 1929. Str. 293—308. — 22) Pinkerton: Znbl. 1930. T. 23. — 23) Park jr., James H.: Znbl. 1932. T. 26. — 24) Paradiso: Znbl. Kinderh. T. 25. 1931. — 25) Reuben: Znbl. 1930. T. 24. — 26) Schirlitz: Arch. Kinderh. 90. 1930. Str. 51—64. — 27) Stransky E.: Zeitschr. Kinderh. 49. 1930. Str. 659—666. — 28) Valette, Stolc et Silber: Rev. franc. Péd. 5. 1929. Str. 497—501. — 29) Velasco Blanco: Znbl. Kinderh. 1931. T. 5. — 30) Häckel: Arch. f. kl. Chir. Bd. 69. — 31) Brunn: Beitr. zur kl. Chir. Bd. 45.

Dr. med. Antoni FIDLER. St. asystent kliniki. Warszawa.

Kilka uwag w sprawie artykułu Dr. E. Boksera p. t.: „Przypadek dysinsulinizmu w następstwie przewlekłego zapalenia trzustki. (P. G. L. Nr. 24. r. 1933).

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski.

Wezwanie Dr. E. Boksera do dyskusji na temat dysinsulinizmu upoważnia mnie do kilku poniższych uwag, zwłaszcza że chorą, opisaną w wymienionym artykule, mieliśmy sposobność spostrzegać w II. Klin. Ch. Wewn. U. W. w czasie od dn. 11. III. 1933 do 22. III. 1933, a więc mniejwięcej w 8 tygod. po jej powrocie z Sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu., gdzie była pod obserwacją Dr. Boksera. Dr. E. Bokser na zasadzie: 1. zespołu: przyśpieszonego bicia serca, zdenerwowania, niepokoju ogólnego, doprowadzającego do płaczu, drżenia całego ciała, uczucia duszności i czczego odbijania, występującego w czasie spożywania słodkich i mączno-tłustych pokarmów lub też w 1 godz. po jedzeniu i trwającego od kilkunastu minut do 2 godz.; 2. wysokiego wzniesienia krzywej hiperglikemicznej (292 mg% po 45') po podaniu 50 g cukru gronowego, oraz znacznej następowej hipoglikemji (52 mg% po 90'), przyczem nawiasem dodam, że cukier we krwi określano metodą kolorymetryczną Kaufmanna, nieużywaną naogół w pracach naukowych; 3. wzrostu ciśnienia tętniczego (Mx. o 22 mm Hg) i liczby tętna (o 52 uderzeń na 1') po 18' od chwili podania glukozy, — dochodzi do wniosku, że a) przeciwregulacja insulinowa w omawianym przypadku jest bardzo pobudliwa i silna, gdyż szczyt hiperglikemji jest wysoki; b) objawy kliniczne: przyśpieszenie tętna, bicie serca, podniesienie ciśnienia, trwające około 10—15', zależą najpewniej od adrenalinemji odczynowej, ponieważ jednak hiperglikemja narasta nadal po uspokojeniu się tych objawów, można przypuszczać, że przeciwdziałają insulinie inne jeszcze czynniki, prócz adrenaliny; c) strome ramię zstępujące i głęboka faza hipoglikemiczna świadczą o dużej sprawności wysepek Langerhansa, dostarczających insuliny, za czem przemawiają również podane w p. 1. wywiady. Ponieważ dodatkowo w wywiadach stwierdza się obecność napadów kolki żółciowej oraz ciężkie uszkodzenie przewodu pokarmowego, wywołane wypiciem żrącej trucizny w 3 r. życia, a nadto wykrywa się istnienie zespolenia żołądkowo-jelitowego, przewlekły, niedokwaśny nieżyt żołądka oraz osłabienie trawienia trypsynowego i steapsynowego, przeto przyjmuje E. Bokser z dużem prawdopodobieństwem uszkodzenie czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki, które może być przyczyną nadczynności aparatu wysepkowego. W ten sposób znajduje E. Bokser wyraz anatomiczny zmian czynnościowych.

Przechodząc do naszych spostrzeżeń, pominę wywiady oraz badania metodami fizycznemi tak ogólne jak poszczególnych narządów oraz moczu, gdyż są one zgodne z danemi, przytoczonemi przez E. Boksera. Badanie morfologiczne krwi wykazało: kropla świeża — bez zmian szczególnych; krwinek czerw. 3.860.000; Hb 67%; wsk. barw. 0.9; c. białych 4.400 (2-krotnie) mianowicie: obojętnochłonnych wielojądrzastych 69% w tem pał.: 5%; podziel.: 64%; limfoc.: 27%; monocyt.: 5%. Badanie cząsteczkowe zawartości żołądka potwierdziło stały brak wolnego kw. solnego. Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego: *St. post gastroenterostomiam; transversoptosis;* badanie rentgenologiczne chorej po wypiciu szklanki osłodzonej herbaty nie wykazało nic godnego uwagi. Główne różnice stanu faktycznego w badaniach E. Boksera i naszych dotyczą krzywej cukru

we krwi, ciśnienia tętniczego i tętna. A więc krzywa przecukrzenia pokarmowego badana po podaniu 50 g cukru gronowego przedstawia się w sposób następujący (metoda: Hagedorn-Jensen):

Czas	Cukier we krwi w mg %	Ciśn. tętn. w mm Hg	Tętno na 1 min.	Objawy
Naczczo	102,5	100/70	72	
w 15' po podaniu wewn. (*per os*) 50 g glukozy.	181,0	105/75	72	Uczucie bicia serca
w 30'	218,0	105/75	66	drżen. kończ., płacz.
w 60'	165,0	100/65	78	
w 90'	170,0	—	—	
w 120'	90,0	—	—	
w 150'	77,0	—	—	
w 180'	97,0	—	—	

Dnia następnego badanie krzywej cukru we krwi po podaniu wody, osłodzonej sacharyną, nie wykazało przecukrzenia pokarmowego, tymczasem w 10' po jej wypiciu wystąpiły powyższe objawy, choć nasilenie ich było słabsze. Badanie stanu psychicznego wykazało: *Schizophrenia paranoidalis.*

Zważywszy na brak zmian w ciśnieniu krwi i liczbie tętna w czasie fazy hiperglikemicznej, nie możemy wespół z Dr. E. Bokserem przyjąć w opisanym przypadku hiperadrenalinemji. Naszem zdaniem wysoki szczyt przecukrzenia po 30' tłumaczy się dostatecznie obecnością zespolenia żołądkowo jelitowego, a więc natychmiastowem, masowem przedostawaniem się cukru z żołądka do jelita cienkiego. Brak wybitniejszej hipoglikemji pokarmowej (najniższy poziom 77 mg % po 150') przemawia przeciwko hiperinsulinemji, którą przyjmuje E. Bokser. Wystąpienie uczucia bicia serca, drżenia rąk, płaczu i t. d. również po podaniu wody, osłodzonej sacharyną, wskazuje na to, że objawy te nie zależą od „dysinsulinizmu", jak przypuszcza E. Bokser, lecz mają swe źródło w odruchu nerwowym, biegnącym poprzez zwoje współczulne, który tem łatwiej mógł się wyzwolić, że mieliśmy do czynienia z osobnikiem o wyraźnych zaburzeniach psychicznych.

Wbrew przypuszczeniu E. Boksera niema w tym przypadku żadnych danych na to, aby przyjąć „anatomiczne podłoże hiperinsulinizmu", gdyż nieznaczne zaburzenia w zewnętrznem wydzielaniu trzustki nie mogą w żadnym razie przemawiać za nadczynnością lub podczynnością wysepek Langerhansa.

I jeszcze jedna uwaga. W odniesieniu do gruczołów wewnętrznego wydzielania przywykliśmy określać dodatkiem „dys" (np. *thyreoidismus)* objawy, wywołane nieznanemi zaburzeniami tego samego gruczołu. Uzależnienie więc przez E. Boksera spostrzeganych zmian od zaburzeń w różnych gruczołach nie upoważnia do zakwalifikowania chorej jako przypadku „dysinsulinizmu".

E. BOKSER. Iwonicz.

Odpowiedź na uwagi Dr. Fidlera.

W związku z powyższemi uwagami Dr. Fidlera chciałbym zaznaczyć, że:

1) gdyby hiperglikemja, jak to przypuszcza dr. Fidler, zależała od masowego wchłaniania cukru w jelitach cienkich na skutek zespolenia żołądkowo-jelitowego, mielibyśmy do czynienia ze znaczną hiperglikemją pokarmową we wszystkich trzech moich doświadczeniach. Tymczasem w doświadczeniu trzeciem (spożycie 50 g glukozy po dożylnem wstrzyknięciu folikuliny) nie stwierdza się wybitniejszej hiperglikemji; zgodnie z tem w doświadczeniu 2. z hiperglikemją stwierdza się cukromocz, zaś w doświadczeniu 3. bez hiperglikemji cukromocz nie występuje. Również powtórne obciążenie cukrem według Staub-Traugotta w przebiegu trzeciego doświadczenia nie spowodowało hiperglikemji.

2) Dr. Fidler stwierdził słabsze nasilenie objawów omawianych po wypiciu herbaty, słodzonej sacharyną, przy braku hiperglikemji. Należy więc sądzić, że w powstawaniu i nasileniu zespołu oprócz czynnika odruchowego, wywołanego ewentualnie słodkim smakiem, biorą udział inne jeszcze czynniki. Przypuszczenie to zyskuje jeszcze na prawdopodobieństwie, jeśli uwzględnimy, że pacjentka dobrze znosiła czarną kawę, która jest niejako predystynowana do wywoływania podobnego rodzaju sensacyj sercowo-nerwowych.

3) Etjologja schizofrenji jest obecnie poszukiwana w dziedzinie bądź zaburzeń gruczołów wkrewnych, bądź samozatrucia z przewodu pokarmowego.

4) Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze mianujemy zwykle podług schorzenia naczelnego, więc np. w rozpoznaniu *dysthyreoidismus* nie wspomina się o ewentualnem współistnieniu cukromoczu, zaburzeń barwikowych, zakłócenia czynności płciowej i t. p. Dodatek *„dys"* oznacza w przeciwieństwie do *„eu"*, nieprawidłowość czynności.

5) Kolorymetryczną metodę określania glikemji według Kaufmanna porównywano z metodą Hagedorna i Jensena (Med. Klin. 1926. str. 1219); różnice w otrzymanych liczbach były niewielkie i kwalifikowały metodę Kaufmanna do użytku klinicznego i praktycznego.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Niedocukrzenie krwi w przebiegu cukrzycy.

W pracy pod powyższym tytułem ogłosił w „Polskiej Gazecie Lekarskiej R. 1933. Nr. 32." Dr. Węgierko z Kliniki Warszawskiej Prof. W. Orłowskiego cenne uwagi oraz objawy rozpoznawczo-różniczkowe, ułatwiające w praktyce odróżnianie stanów śpiączkowych cukrzycowych od śpiączki związanej z niedocukrzeniem krwi. Odróżnienie to jest, jak wiadomo, bardzo ważne, bo w razie niewłaściwego zastosowania dużych dawek insuliny w śpiączce hipoglikemicznej można spowodować śmierć chorego. Najważniejszem znamieniem różniczkowem jest oczywiście określenie ilości cukru we krwi. Czas trwania tego badania jest niestety zbyt długi, podczas gdy potrzeba decyzji jest nagląca. Ponadto dokładne ilościowe określenie cukru we krwi wymaga aparatury i metody, która może być użytą jedynie w klinikach, oddziałach szpitalnych oraz w pracowniach specjalnych. Wobec tego chciałbym przypomnieć metodę prostego i szybkiego badania krwi na cukier, ogłoszoną przeze mnie wspólnie z Kolegami Joffem i Liwszycem z Oddziału wewnętrznego Dra Krokiewicza w Szpitalu Państwowym Św. Łazarza w Krakowie (Polska Gazeta Lekarska 1924. Nr. 24). Jest to próba Williamsona, którą zmodyfikowaliśmy i zastosowaliśmy do orjentacyjnego szybkiego określania stanu cukru w kropli krwi, uzyskanej przez nakłucie palca lub ucha. Próba ta polega na zmianie barwy alkalicznego rozczynu błękitu metylenowego względnie odbarwieniu tegoż pod wpływem cukru zawartego we krwi. Wykonanie jest proste i szybkie. Bierze się 2 możliwie wąskie niewielkie próbówki. Do jednej z nich dajemy 40 mm³ wody przekroplonej 2 hemokapilary Sahliego), następnie 20 mm³ krwi (1 hemokapilar Sahliego) pobranej przez nakłucie palca lub ucha chorego cukrzycowego oraz 1 cm³ mieszaniny roztworu błękitu metylenowego (0.1:600) możliwie świeżego zmieszanego *ad hoc* w stosunku 25 : 1 z 6% ługiem potasowym. Do drugiej (kontrolnej) probówki dajemy również 40 mm³ wody przekroplonej z dodatkiem 1 cm³ mieszaniny takiegoż roztworu błękitu metylenowego z ługiem lecz całkiem bez dodawania krwi lub z dodatkiem krwi osobnika napewno normalnego. Obie rurki z błękitnemi płynami po dokładnem wymieszaniu płynów wstawia się do porcelanowej miseczki z wodą i ogrzewa do wrzenia wody w miseczce unikając starannie wstrząśnień próbówek. W 3—4 minuty potem, przy wrzeniu wody, w rurce z krwią przecukrzoną (hiperglikemiczną) płyn odbarwia się wybitnie i zmienia na kolor żółto-brunatnawy lub kremowy, podczas gdy w kontrolnej rurce z krwią normalną lub bez krwi pozostaje płyn błękitny bez zmiany. Przy wstrząśnieniu odbarwiony płyn napowrót błękitnieje. Próba ta daje wynik dodatni t. j. wyraźne odbarwienie przy zawartości cukru we krwi conajmniej około 0,15%. Jeżeli zatem ta próba orjentacyjna wypadnie ujemnie t. j. nie nastąpi odbarwienie z krwią badanego chorego cukrzycowego, w takim razie zachodzi podejrzenie, że zawartość cukru we krwi jest mniejsza niż 0,15%, co stanowi ostrzeżenie, że stan cukru we krwi obraca się w granicach niskich, że zatem zachodzi możliwość niedocukrzenia (hipoglikemji). Skontrolować używane odczynniki można łatwo roztworami glukozy.

Próba powyższa, która trwa zaledwie kilka minut i posiada bardzo prostą technikę i aparaturę, a do której odczynniki łatwo można wszędzie uzyskać i skontrolować, może mieć rozległe zastosowanie w praktyce codziennej także i prowincjonalnej. Może ona ułatwić w wielu przypadkach szybką przybliżoną orjentację: 1) czy zachodzi hipoglikemja czy śpiączka z hiperglikemją, 2) czy przy stosowaniu insuliny uzyskaliśmy odcukrzenie krwi, 3) czy należy podejrzewać niewinny cukromocz nerkowy bez przecukrzenia krwi. Dlatego zwracam się do Klinik, Oddziałów Szpitalnych i Kolegów, rozporządzających odpowiednim materjałem z prośbą o skontrolowanie powyższych danych i ogłoszenie spostrzeżeń.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Inż. Mag. Z. RUDOLF. Warszawa.

Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej w Lyonie *).

W marcu r. ub. odbył się w Lyonie III-ci Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast.

Myśli przewodnie tego Zjazdu przedstawiłem w specjalnych artykułach w czasopismach „Nowiny Społeczno-Lekarskie" (Nr. 19, 20 i 21 z 1932) oraz „Gaz i Woda" (Nr. 9 i 10 z 1932). Na tem miejscu pragnę w krótkich słowach podzielić się ogólnemi wrażeniami i wspomnieniami ze Zjazdu, który przecież każdego higjenistę i działacza społecznego zainteresować może.

Zjazd został uroczyście otwarty w nowej wielkiej szkole medycznej, zbudowanej przez Fundację Rockefellera, z udziałem władz, miejscowego Komitetu Organizacyjnego, Stałej Międzynarodowej Delegacji do Spraw Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, przedstawicieli rządów oraz miast i instytucyj poszczególnych zaproszonych państw.

Do Prezydjum zaproszono prócz przedstawicieli miejscowego komitetu organizacyjnego tylko prof. Van Loghem'a z Holandji, który miał przemawiać imieniem wszystkich delegatów oficjalnych oraz inż. Raucha z Wiednia, sekretarza generalnego Stałej Międzynarodowej Delegacji do Spraw Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, który miał przemawiać w imieniu tej organizacji. Później udzielono jeszcze głosu inż. Zizce z Pragi. a także przedstawicielowi Włoch, motywując to tem, że I-szy Zjazd odbył się w Pradze, a II-gi w Medjolanie. Przedstawiciele innych państw. wśród których był i przedstawiciel Rządu Polskiego, przemawiać więc na otwaciu Zjazdu nie mogli.

Zaznaczyć muszę, że zaraz po przyjeździe do Lyonu odwiedziłem jeszcze przed otwarciem Zjazdu Konsulat polski i konferowałem z p. konsulem Karczewskim co do całokształtu spraw związanych ze Zjazdem Międzynarodowym. Pragnę tu podkreślić, iż wizyta ta sprawiła mi wielką przyjemność, ze względu na życzliwy stosunek wszystkich funkcjonarjuszy Konsulatu, z którymi wypadło mi się bliżej zetknąć w pracy. Przewodniczący Polskiego Komitetu Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast prof. inż. Ignacy Radziszewski wystosował wespół ze mną jako sekretarzem generalnym tego Komitetu w lutym r. ub. list do Prezydjum Zjazdu w Lyonie, a w dniu mego wyjazdu z Warszawy, t. j. 3 marca r. ub. otrzymaliśmy z Lyonu odpowiedź, iż Prezydjum Zjazdu uważa nasze wystąpienie o język polski za zupełnie uzasadnione i stwierdza, że zgadza się chętnie, by przemawiano w dyskusji po polsku i by referaty polskich przedstawicieli były wygłaszane również po polsku. Odpowiedź Prezydjum Zjazdu wymagała tego, by na Zjeździe wysunąć, gdzie można, język polski. Ponieważ nie mogłem przemawiać na otwarciu Zjazdu, postanowiłem przemawiać na wielkim bankiecie urządzanym w dniu 7 marca z okazji Zjazdu i otwarcia Targów Lyońskich oraz Międzynarodowej Wystawy Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast. Na bankiecie tym wyznaczono mi miejsce przy stole prezydjalnym i przewodniczący prof. Tanon w odpowiedniej chwili zwrócił się do mnie z propozycją wygłoszenia przemówienia. Rzeczą godną podkreślenia jest fakt, iż przed swojem przemówieniem zostałem proszony przez przedstawicieli delegacji czeskiej, bym przemawiał także w imieniu Czech. W ostatniej chwili jednak Czesi zdecydowali się sami przemawiać.

Przemówienie na bankiecie wygłosiłem w języku polskim i francuskim, stojąc obok mera Lyonu, b. premjera Herriot'a; przemówienie było transmitowane przez rozgłośniki w wielkiej sali w obecności do 1000 osób. Była to bardzo dobra okazja do podkreślenia roli Polski w międzynarodowej współpracy narodów. Po przemówieniu, które zebrani przyjęli oklaskami, wstał siedzący obok p. Herriot'a zastępca mera i dziękując za przemówienie, powiedział mi bardzo wiele serdecznych słów pod adresem Polski; przedstawiciel prasy francuskiej zgłosił się do mnie, prosząc o tekst przemówienia, które też otrzymał. Z takiem samem życzeniem zwrócił się do mnie przedstawiciel Belgji. Na bankiecie tym był obecny nasz Wicekonsul Lidźbiński, który siedział przy stole, przeznaczonym tylko dla dyplomacji. Był obecny także Konsul niemiecki, choć delegatów niemieckich właściwie na Zjeździe nie było, a wśród referatów niemieckich figurował tylko jeden p. Gassnera z Frankfurtu n. M.

W przemówieniu swojem poruszyłem kilka zasadniczych myśli.

Między innemi wskazałem na to, że Rząd Polski, popierając powstanie i prace Polskiego Komitetu Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, czyni to w przeświadczeniu, że tą drogą spotęguje także możliwości intelektualnej współpracy międzynarodowej, służącej tak niespornie pokojowemu zbliżeniu narodów. Rozwój działu techniki sanitarnej i higjeny miast jest w dużym stopniu, jak i inne działy, zależny od stanu finansowo-gospodarczego danego kraju, chociaż trudno zaprzeczyć, iż sprawa umiejętności i organizacji odgrywa tu b. dużą rolę. Warunki gospodarcze, które dzisiaj wiele państw przeżywa, bardzo utrudniają pracę, utrudniają także liczniejszy przyjazd na Zjazdy Międzynarodowe tych przedstawicieli, których chcielibyśmy widzieć. To nas usprawiedliwia, że delegacja polska jest nieliczna, chociaż Lyon jest tak bliski niejednemu Polakowi, jak bliską i drogą jest naszej nauce Francja. Wreszcie wyraziłem szczere pragnienie, by Zjazd nietylko odświeżył myśli i pobudził je do konstrukcyjnej pracy dla ludzkości, ale aby umocnił uczestników jeszcze w przekonaniu, że im trudniejsze są warunki gospodarcze, tem większą uwagę należy zwracać na technikę sanitarną i higjenę, jako czynniki zapobiegania chorobom, którym wszelkie t. zw. kryzysy bardzo sprzyjają. Doba obecna szczególnie nadaje się do postawienia zagadnień zdrowia publicznego na jedno z czołowych miejsc wśród najważniejszych zagadnień państwowych we wszystkich krajach.

Odczytywanie referatów odbywało się na trzech plenarnych posiedzeniach oraz na codziennych posiedzeniach w 6 sekcjach. Dzięki pracy przygotowawczej Polskiego Komitetu Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast zgłoszono z Polski 4 referaty. Z referatów tych był wygłoszony tylko mój referat o kąpieliskach i rzeźniach w małych osiedlach, gdyż trzej inni referenci nie przyjechali, a wobec nadmiaru referatów (około 120) uważano za konieczne, by sami referenci odczytywali swoje prace.

Posiedzenia sekcyj były nieliczne w porównaniu do ich stanu na pierwszych Zjazdach w Pradze i w Medjolanie. Ponieważ jednak streszczenia trzech polskich referatów były na Zjeździe wszystkim uczestnikom rozdane, uważać należy udział Polski za zadawalający, zwłaszcza że tematy referatów polskich okazały się interesującemi i oryginalnemi w świetle wszystkich danych mi do dyspozycji materjałów Zjazdu.

Referat swój przedstawiłem w sekcji w dniu 8 marca r. b. Najpierw przeczytałem streszczenie referatu po francusku, a sam referat wygłosiłem po angielsku, gdyż w tym języku był przygotowany. Po referacie zabrał głos jeden z francuskich profesorów i wygłosił dłuższe przemówienie, podkreślając zasady mego referatu i wywołując bardzo miły nastrój oraz serdeczne podziękowanie dla mnie ze strony przewodniczącego. Podczas referatu rozdałem do przejrzenia opracowane pod moim kierunkiem projekty kąpielisk i rzeźni dla małych osiedli. Z prawdziwem zadowoleniem stwierdziłem duże zainteresowanie poruszonym tematem, wiążącym się tak ściśle z higjeną małych osiedli, a więc i z higjeną całego kraju.

Ze względu na odbywającą się pracę jednocześnie w 6 sekcjach, całkowite wykorzystanie Zjazdu było dość trudne, zwłaszcza że z funkcją oficjalnego przedstawiciela łączą się różne nieprzewidziane sprawy i okoliczności, które często należy uznać za ważniejsze, niż wysłuchiwanie referatów, z któremi można się jednak później zapoznać w drukowanem sprawozdaniu.

Jako członek Stałej Miedzynarodowej Delegacji do Spraw Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, wziąłem udział w jej posiedzeniu w dniu 9 marca r. ub. Przebieg posiedzenia był interesujący. Przedewszystkiem sekretarz generalny p. Rauch, chcąc mi widocznie zrobić przyjemność, sprowadził tłumacza języka polskiego, prosząc, bym mówił po polsku i w ten sposób podkreślił międzynarodowy charakter posiedzenia Stałej Delegacji. Propozycję przyjąłem oczywiście bardzo chętnie i zasadniczo mówiłem na posiedzeniu po polsku. Wystąpienie to miało niewątpliwie swoje znaczenie i nie pozostanie bez wpływu na przyszłość, bo na następnym Międzynarodowym Zjeździe, który najprawdopodobniej odbędzie się w Wiedniu, użycie języka polskiego, jako języka oficjalnego będzie może uważane już za rzecz zwykłą.

Stała Międzynarodowa Delegacja poddała objektywnej krytyce sposób i organizację dotychczasowych Zjazdów. W przemówieniu swojem podkreśliłem między innemi znaczenie drugiego Zjazdu w Medjolanie, który przyczynił się do przyśpieszenia utworzenia w wielu krajach Komitetów Narodowych Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast. Za ten życzliwy stosunek podziękował mi wkońcu posiedzenia przedstawiciel Włoch inż. A. Uccelli, prezes Włoskiego Komitetu. Postawiłem także wniosek, aby w przyszłości, liczba referatów była bardziej ograniczona, aby komunikaty były krótsze (na ostatnim Zjeździe w Lyonie komunikaty miały trwać według regulaminu Zjazdu zaledwie 5 minut, a w rzeczywistości trwały nieraz ponad 20 minut), aby Zjazd pracował tylko w dwóch sekcjach: 1) techniczno-sanitarnej i 2) ogólno-higjenicznej (możliwość lepszego wykorzystania Zjazdu

*) Uwagi delegata Rządu Polskiego wygłoszone na zebraniu ogólnem Polskiego Komitetu Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast w dniu 12 maja 1933 r. w Warszawie.

przez wszystkich delegatów; oddzielenie prac czysto technicznych od ogólno-higjenicznych, bowiem sprawy czysto techniczne mogą być niezrozumiałe dla lekarzy-higjenistów). Ponieważ rozważano również sprawę kształcenia inżynierów sanitarnych, wskazując na duże postępy uczynione w tym kierunku w Paryżu i Berlinie, przyjemnie mi było zaznaczyć, że na wniosek Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przy poparciu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Politechnika Warszawska zreorganizowała w r. ubiegłym wydział inż. lądowej, uzupełniając program sekcji miejskiej. Studenci kończący tę sekcję, otrzymywać będą specjalne dyplomy inżyniera urządzeń i komunikacyj miejskich. Uważałem za konieczne podkreślenie tej sprawy i szersze jej omówienie tem bardziej, że od r. 1925 prowadziłem w Polsce propagandę możliwie na wszystkich terenach w kierunku zorganizowania systemu kształcenia w dziale techniki sanitarnej.

Stała Międzynarodowa Delegacja uchwaliła rozpatrzeć wysunięte przez członków postulaty, naogół zgodne ze sobą i zaleciła zorganizować przyszły Zjazd na nowych zasadach.

W ostatnim dniu Zjazdu odbył się bankiet, urządzony przez sam Komitet Organizacyjny Zjazdu z okazji zamknięcia Zjazdu. Miejsce wyznaczono mi przy stole prezydjalnym obok p. generała Lanne, komendanta Wyższej Wojskowej Szkoły Sanitarnej. P. generał Lanne wspominał mile Polskę z ostatniego pobytu jego na Międzynarodowym Zjeździe Medycyny i Farmacji Wojskowej w Warszawie, zapytywał szczególnie o p. generała Dr. Rouppert a, z którym w swoim czasie spędził w pracy razem kilka miesięcy w okolicach Lyonu, oraz o b. Ministra Spraw Wewnętrznych Gen. Składkowskiego, który położył tak wielkie zasługi dla podniesienia stanu zdrowotnego Polski.

Przemówienia były przez przewodniczącego prof. Tanon'a zgóry ustalone, przemawiali przeważnie przedstawiciele nauki francuskiej oraz przedstawiciele organizacyj francuskich, a z obcych dwóch przedstawicieli Włoch, przedstawiciele Belgji i Hiszpanji oraz przedstawiciel Holandji w imieniu przedstawicieli oficjalnych. Przewaga przemówień francuskich nad obcemi była zgodna z ogólną tendencją na Zjeździe, by wykazać obcym przedewszystkiem zdobycze nauki i kultury we Francji i jej kolonjach.

Podczas Zjazdu odbywały się zwiedzania urządzeń miejskich miasta Lyonu i okolicy. Jednego dnia w ciągu przedpołudnia zwiedziliśmy zakład spalania śmieci, stadjon miejski oraz rzeźnię miejską, drugiego dnia — w sąsiedniej gminie Villeurbanne, zwiedziliśmy stadjon i kąpielisko, centralne biuro higjeny, ogródki dla dzieci i wielki szpital de Grange-Blanche (wielka dzielnica szpitalna). Zaraz po Zjeździe zwiedziliśmy uzdrowisko Aix-les-bains oraz część Riviery francuskiej. Wycieczki te dały dobry pogląd na obecne prace miejskie i sanitarne na południu Francji, a przypadkiem szczególnie interesującym jest działalność higjeniczna gminy Villeurbanne, liczącej około 60.000 mieszkańców. Wycieczkę do Aix-les-bains prowadził wiceprzewodniczący posiedzeń plenarnych p. Ramarony, z którym miałem możność poznać się bliżej i wkońcu wycieczki podziękować mu za gościnność podczas Zjazdu. Na wycieczce tej poznałem się bliżej z p. Dr. Daranyi, profesorem higjeny z Budapesztu, oraz z p. Dr. Baronem, Ministrem z Haiti. P. Baron, bawiący ostatnio w Londynie, doskonale orjentował się w historji Polski i mówił mi o tych trudnościach, jakie Polska przeżywała podczas wojny, którą to sprawą specjalnie się interesował, będąc wówczas w Paryżu. Ponieważ p. Baron interesował się specjalnie higjeną, wyraziłem życzenie by zechciał odwiedzić Polskę i zapoznać się przedewszystkiem z działalnością państwowej i samorządowej służby zdrowia, z pracami Państwowego Zakładu Higjeny, Państwowej Szkoły Higjeny, Miejskiego Instytutu Higjeny w Warszawie, oraz wielu innemi instytucjami sanitarnemi.

Podczas Zjazdu były otwarte Targi Lyońskie oraz Międzynarodowa Wystawa Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast. Targi Lyońskie mieściły się we wspaniałym gmachu „*Palais de la Foire*". Wyglądały okazale, ale, o ile mi czas pozwolił na pobieżne zwiedzenie, mogłem stwierdzić, że udział obcych państw był ograniczony; również Międzynarodowa Wystawa Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast nie była właściwie wystawą międzynarodową, gdyż udział w niej wzięły poza Francją tylko Belgja i miasto Genewa.

Z wielu rozmów towarzyskich, jakie podczas Zjazdu prowadziłem, mogłem wyciągnąć wniosek, że propagandę we Francji na korzyść Polski robią przedewszystkiem nasze władze wojskowe, a byłoby nader wskazane, by i inne dziedziny starały się więcej o stały kontakt z Francją, z przedstawicielami nauki i społeczeństwa francuskiego.

Z powyższych względów uważałem także nasz skromny udział w III. Międzynarodowym Zjeździe Techniki Sanitarnej w Lyonie za fakt bardzo pożyteczny, zwłaszcza że jednak 32 państwa były reprezentowane. W licznych rozmowach z różnemi osobami, mającemi poważne wpływy, dało się wyraźnie odczuć, że i Polska powinna urządzić też Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast. Życzenie to wyraził także generalny sekretarz Stałej Międzynarodowej Delegacji. Jest to zrozumiałe, bowiem Polska brała udział w dotychczasowych zjazdach w Pradze (1930), w Medjolanie (1931) i w Lyonie (1932), a jako delegat Rządu na tych zjazdach miałem zaszczyt zawsze podkreślać w przemówieniach i referatach zdobycze organizacyjne i techniczne, wywołując tem zainteresowanie naszem Państwem. Sądzę więc, że urządzenie w najbliższych latach Zjazdu Międzynarodowego Techniki Sanitarnej w Warszawie byłoby zewszechmiar korzystne. Nauka polska mogłaby wtedy wystąpić w dość szerokich granicach. Zdając sobie sprawę jednak z ciężarów finansowych, jakie taki Zjazd dla Warszawy musiałby pociągnąć, trzebaby Zjazd nieco odroczyć. Uruchomione już filtry szybkobieżne dla wodociągów warszawskich przy różnych nowoczesnych urządzeniach sanitarnych w stolicy i w innych miastach stanowić będą mogły bardzo ciekawe objekty do zwiedzenia. Mam nadzieję, że wniosek mój uzyska w odpowiednim czasie poparcie władz państwowych, zarządu m. st. Warszawy, oraz instytucyj naukowych i społecznych.

Na zjeździe w Lyonie wręczono mi trzytomowe sprawozdanie z drugiego Zjazdu Międzynarodowego w Medjolanie. Sprawozdanie to stanowi bardzo poważne źródło naukowe; ilustruje ono dokładnie charakter Międzynarodowych Zjazdów Techniki Sanitarnej oraz ich wielką rolę, jaką mogą one odegrać w rozwoju higjeny we wszystkich państwach.

Polski Komitet Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, powstały z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, który łączy organizacje państwowe, samorządowe i społeczne zainteresowane we właściwym rozwoju techniki sanitarnej, ma głównie za zadanie przygotowywać udział instytucyj naukowych i społecznych w międzynarodowych zjazdach i wystawach techniki sanitarnej i higjeny miast. Należy więc wierzyć, że udział Polski w następnych Zjazdach będzie również dobrze zorganizowany i przyczyni się do pogłębienia stosunków fachowych naszego kraju z zagranicą. Tego wymaga nasze stanowisko w grupie wielkich państw kulturalnych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Gastrologia Polska. Nr. 3. 1933. B. Wejnert i A. Elektorowicz: Zasady współpracy Gastrologów z Rentgenologami. — L. Płockier i J. Kryński: Przyczynek do diagnostyki i terapji uchyłków dwunastnicy. — F. Turyn: O nadczynności żołądka.

Biologja Lekarska. Nr. 3. 1933. J. Marzecki: Teorja atomistyczna jako przyczynek do analizy energietyzmu wewnątrzdrobinowego gazów bojowych i zachowania się ich w ustroju.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 8. 1933. J. Wernicki: Nieszczęśliwe wypadki przy pracy w latach 1925—1930. — Presburger i A. Wanatowski: O kalkulacji emerytalnych ubezpieczeń społecznych. — M. Brojewski: Zmiany w obliczeniu składki ubezp. w dziale bezrobocia Z. U. P. U.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 32. 1933. E. Krzętowska: Volocainum hydrochloricum.

OCENY.

Aktualności z dziedziny medyko-chirurgicznej. (Actualités médico-chirurgicales). LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. Masson. Paris. 1933.

W roku 1930 wydał zespół adjunktów klinik *(chefs de clinique)* z Marsylji szereg artykułów zebranych w jeden tom, a omawiających aktualne zagadnienia z różnych gałęzi medycyny. Powodzenie tej książki było duże, wskutek czego wydawnictwo Massona wydało w roku bieżącym drugi tom. zawierający szereg prac z dziedziny chirurgji i innych gałęzi medycyny. Poniżej omawiam kolejno poszczgólne artykuły.

Jean Bouyala: *Złamania kości udowej u dzieci.*

Sprawa ta jest tematem nader aktualnym ze względu na niezbyt zachęcające wyniki, jakie notuje szereg statystyk. Skrócenia, z któremi u osób dorosłych można się jeszcze pogodzić, należy u dzieci za wszelką cenę wyrównać, gdyż stają się one

powodem następowego skrzywienia kręgosłupa *(scoliosis)* i wyrównawczego ustawienia końskiego stopy *(pes equinus)*, których leczenie przedstawia w tych wypadkach znaczne trudności. Dla wytłumaczenia niepowodzeń w leczeniu tych złamań u dzieci, autor zastanawia się nad etjologją, mechanizmem złamania, oraz jego różnemi rodzajami. W leczeniu mamy do dyspozycji: wyciąg, opatrunek gipsowy, wreszcie szew kostny. Za najwłaściwsze postępowanie u dzieci uważa autor wyciąg pionowy, po którym wskazana jest dwumiesięczna mechanoterapja. Autor przestrzega przed zbyt wczesnem obciążaniem kończyny.

Raymond Imbert: *Obecne poglądy na leczenie energją promienistą raka szyjki macicy.*

Po omówieniu stojących dzisiaj do dyspozycji metod leczenia raka szyjki macicy i zestawieniu szeregu statystyk z różnych klinik, autor dochodzi do następujących wniosków: wyniki leczenia raka szyjki macicy energją promienistą są nader korzystne. Era leczenia chirurgicznego ma się ku końcowi. Wyniki po operacji Wertheima dochodzą do 33% wyleczeń, przy leczeniu zaś energją promienistą do 47%.

Georges Darcourt: *Leczenie stopy szpotawo-końskiej wrodzonej.*

Zestawienie wszystkich zalecanych sposobów postępowania leczniczego w tej deformacji, której pochodzenie jest do dziś niezupełnie wyjaśnione. Autor przedstawia zmiany anatomiczne i czynnościowe. W leczeniu ortopedycznem i operacyjnem należy zawsze brać pod uwagę trzy składowe tego zniekształcenia *(varus, equinus* i supinacje). W końcu artykułu zestawione są praktyczne wskazania do poszczególnych metod leczniczych w zależności od wieku pacjenta i rodzaju tego zaburzenia rozwojowego.

Jean Olmer: *O niedokrwistościach pochodzenia śledzionowego u dorosłych. (Les anemies spléniques de l'adulte).*

Trzy objawy kliniczne pozwalają na odróżnienie niedokrwistości śledzionowej: obraz krwi, powiększenie śledziony i zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Autor omawia przebieg kliniczny dwóch postaci anemji tego typu t. j. *morbus Banti* i *anaemia haemolitica.* W diagnozie różniczkowej uwzględnić należy splenomegalje o różnem tle jak *Lu. tbc, Kala-Azar* i t. d.. W leczeniu niedokrwistości pochodzenia śledzionowego bardzo dobre wyniki daje usunięcie śledziony *(splenectomia).* Podczas wykonywania tego zabiegu wskazane jest wstrzyknięcie adrenaliny, aby zmniejszyć ilość krwi zawartej w śledzionie.

Robert Poinso: *Rozpoznawanie syndromów krwotocznych.*

Pod nazwą skaz potocznych rozumiemy skłonność do rozległych krwawień bez przyczyn miejscowych. Jedna część, to skazy rodzinne, które są same przez się schorzeniem ciężkiem. Część druga, to krwawienia w przebiegu schorzeń zakaźnych, toksycznych, w których ta pierwotna przyczyna schodzi niejako na plan drugi wobec niebezpieczeństwa objawu, jaki wywołała t. j. krwotoku. Autor analizuje poszczególne postacie chorobowe, ich przebieg oraz rozpoznanie różniczkowe.

Gabryel Avon: *Obecny stan naszych wiadomości o leczeniu żylaków i guzów krwawnicowych zapomocą sztucznego zaczopowania żył.*

Metoda powyższa zapoczątkowana przez Cicarda i Rogera zyskała sobie pełne prawa obywatelstwa. W pracy Avona znajdujemy interesujące uwagi na temat pochodzenia i patologji schorzeń żylakowych, działania substancyj używanych do wstrzykiwania, oraz technikę tego zabiegu. Spomiędzy szeregu środków wymienia znaną u nas i powszechnie używaną chininę z uretanem, glukozę 50% oraz niedawno zaleconą glicerynę z dodatkiem fuchsyny.

Gliceryna nie wywołuje nekroz i uporczywych bólów po wstrzyknięciu poza żyłę.

Charles Lahayville: *Leczenie gruźlicy organów płciowych męskich.*

Zapatrywania na chirurgiczne leczenie gruźlicy genitalnej uległy w ostatnich czasach zmianie w kierunku postępowania bardziej zachowawczego. Powszechnie prawie odstąpiono od rozległych operacyj doszczętnych ograniczając się szczególnie w stadjach początkowych do epididymektomji z następowem leczeniem ogólnem. Lahayville omawia anatomję patologiczną gruźlicy genitalnej, a następnie zestawia wszystkie znane sposoby postępowania leczniczego. Na szczególne uwzględnienie zasługuje opis techniki usunięcia przyjądrza jako zabiegu typowego w leczeniu gruźlicy genitalnej.

Ośm rysunków doskonale ilustruje poszczególne akty operacyjne.

Jean Brahic: *O obrzękach w przebiegu marskości wątroby.*

Dla wytłumaczenia powstawania obrzęków w przebiegu marskości przyjmowano cztery czynniki: mechaniczny, nerkowy, wątrobowy i tkankowy. Autor duże znaczenie przypisuje czynnikowi nerkowemu, uzasadniając to zapatrywanie na podstawie obserwacyj klinicznych.

Paul Bonnet: *Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa.*

W artykule pod powyższym tytułem autor rozważa znaczenie gruczołu tarczykowego w chorobie Basedowa, zestawia wszystkie rodzaje zabiegów w chirurgicznem leczeniu tego schorzenia, oraz omawia kwestję szczególnie ważną t. j. przygotowanie chorego do operacji. Wkońcu przytacza wyniki bezpośrednie i oddalone na podstawie materjału autorów francuskich.

André Fournier i Marcel Bourret: *Nieprawidłowości serologiczne w diagnostyce kiły.*

Według autorów odczyn Bordet-Wassermanna nie jest patognomiczny wyłącznie dla kiły. Z jednej strony wystąpić może dodatni odczyn w przebiegu różnych schorzeń bez zakażenia kiłowego (ostre zakażenie, narkoza, rak, gruźlica, zimnica, trąd, ciąża, wrzód miękki i t. d.), z drugiej zaś strony w przebiegu klinicznym zakażenia kiłowego odczyn wypada czasami ujemnie. Dokładne przestudjowanie artykułu pozwoli czytelnikowi na wyrobienie sobie należytego pojęcia o znaczeniu odczynu B. W. w diagnostyce kiły.

Louis Montagnier: *Odma obustronna w leczeniu gruźlicy płuc.*

Wprowadzenie odmy obustronnej do leczenia gruźlicy płuc datuje się od roku 1913 (Maragliano). Metoda ta posiada swe uzasadnienie fizjologiczne i anatomo-patologiczne. Wyczerpująco omówione zostały w artykule wskazania do tej metody. Na podstawie znanego autorowi materjału wyniki bardzo dobre dochodzą w tej metodzie do 26%, a w 56% stwierdza się znaczne polepszenie.

Charles Toinon: *Wysięki opłucnowe w przebiegu sztucznej odmy.*

Najczęstszem powikłaniem w przebiegu odmy leczniczej są wysięki, których częstość waha się między 50 a 70% przypadków. Dumarest dzieli je na następujące formy: a) dobrotliwe „idjopatyczne", (zwykle nie są pochodzenia gruźliczego), b) wysięki gruźlicze (zakażenie opłucnej), c) wysięki septyczne (zakażenie mieszane), d) wysięki wskutek przebicia ogniska w płucach do jamy opłucnowej. Autor omawia kolejno rozwój, prognozę oraz postępowanie lecznicze w poszczególnych postaciach.

Roger Guilliny: *Nowsze wiadomości o żółtej febrze.*

Temat dla naszych stosunków mało aktualny. W artykule zebrano nowe zapatrywanie z zakresu kliniki leczenia żółtej febry.

Jules Giraud: *W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego położonego w miednicy małej (appendicite pelvienne).*

Nieprawidłowości w ułożeniu anatomicznem wyrostka robaczkowego bywają częstym powodem pomyłek rozpoznawczych. Bardzo interesująco przedstawia autor pewne szczególne objawy, których stwierdzenie pozwoli nietylko na uniknięcie pomyłki, ale i na kliniczne stwierdzenie istnienia tej nieprawidłowości w położeniu. *E. Michałowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O wpływie wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej na jajnik. R. COLLIN et J. WATRIN. Compt. Rend. Soc. Biol. 1933. T. 116; z. 1. str. 61.

Autorowie wstrzykiwali samiczkom świnek morskich każdej po 100 jedn. międzynarodowych tylnego płata przysadki a następnie w czasie od 1 dnia do 7-go zabijali je i badali ich jajniki histologicznie. Już makroskopowe oględziny wykazały znaczne zmniejszenie się jajników w porównaniu z jajnikami świnek kontrolnych, oraz brak widocznych dojrzałych pęcherzyków Graafa. Pozatem stwierdzono drobnowidowo: 1) że folikuły młode primordjalne będące w okresie wzrostu nie uległy żadnym zmianom. 2) że folikuły mające już wykształcone jamki *(antrum)* wykazały mniej lub więcej posuniętą atrezję objawiającą się degeneracją chromatolityczną komórek pęcherzyka wraz ze zmniejszeniem się i zatrzymaniem podziału komórkowego, pęcznieniem jądra i przerostem komórek błony wewnętrznej *(theca interna)*, 3) że w 7-ym dniu po ostatniej injekcji jajniki ulegają zupełnej inwolucji. 4) w żadnym jajniku świnek obserwowanych nie znaleziono ciałka żółtego, podczas gdy jajniki kontrolnych świnek zawsze zawierały ciałko żółte w różnem stadjum rozwoju. Z tych doświadczeń

autorowie wysnuwają wniosek, że injekcje tylnego płata przysadki powodują zanik jajnika na drodze atrezji pęcherzyków dużych, dojrzałych, co prowadzi do całkowitej sterylizacji organu, o ile się bierze pod uwagę jedynie pęcherzyki dojrzałe. Pozostaje jeszcze do wyświetlenia sprawa, czy pęcherzyki młodociane pozostałe są jeszcze zdolne do dalszego rozwoju.

W. Hołobut (Lwów).

O równowadze kwaso-zasadowej w przypadkach choroby Basedowa i obrzęku śluzowatego. ED. COELHO. Endokrinologie. T. X. Z. 1—2.

W przeważnej liczbie przypadków choroby Basedowa stwierdzono niezmieniony zasób zasad. Wobec tego autor nie podziela zdania tych badaczy, którzy twierdzą, że chorobę tę cechuje stale pewien stan kwasicy ustroju.

W przypadkach *Coma basedowicum* występuje silna kwasica. Równowaga kwaso-zasadowa nie zależy od wysokości przemiany podstawowej. Nie można więc stopnia zasobu zasad zużytkować do celów rozpoznawczych nadczynności tarczycy.

Po wycięciu tarczycy nie stwierdza się — u pacjentów wykazujących przed operacją kwasice — ani skłonności do alkalozy ani też do powrotu do równowagi kwaso-zasadowej.

W przypadkach niedomogi tarczycy i obrzęku śluzowatego nie stwierdza się takich wahań zasobu zasad jak w hipertyreozie.

St. Liebhart (Lwów).

Wpływ chorób zakaźnych na budowę tarczycy. ALFRED LEFFMANN. Endokrinologie. T. X. Z. 1—2.

Autor uważa wpływ chorób zakaźnych na budowę tarczycy za rzecz niewątpliwą. Jako skutki infekcji stwierdza w tarczycy utratę koloidu, złuszczanie się komórek, zwiększenie tkanki łącznej i przekrwienie. Złuszczanie się nabłonka uważa raczej jako konsekwencję starzenia się organizmu. W wymienionych zmianach anatomicznych tarczycy nie widzi jakiegokolwiek specyficznego sposobu reagowania na poszczególne rodzaje infekcji. Uważa natomiast, że różnice w obrazach drobnowidowych polegają na mniejszem lub większem zaawansowaniu zmian strukturalnych zależnie od czasu trwania danej infekcji. Dlatego też zmiany w budowie tarczycy są daleko bardziej posunięte po wszystkich chorobach przewlekłych. *St. Liebhart* (Lwów).

Przemiana podstawowa w ciąży i stosunek jej do wola i uszkodzenia noworodków. V. NIEDERWIESER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 5.

Wielka ilość badań nad przemianą podstawową u ciężarnych wykazała znaczne różnice w zapatrywaniu autorów. Zwracając uwagę na cały szereg warunków, od spełnienia których zależy utrzymanie ścisłych wyników, autor wyraża powątpiewanie, czy wszystkie prace dotyczące omawianej sprawy odpowiadają tym warunkom. Pozatem autor sądzi, że niemały wpływ na przebieg próby wywiera system nerwowy, zwłaszcza w ciąży. I dlatego u ciężarnych należy być szczególnie ostrożnym w wyciąganiu wniosków z przemianą podstawową. W swoim materjale na 237 kobiet 37 musiał autor wyeliminować z badań, gdyż kobiety te okazywały zbyt łatwo pobudliwy system nerwowy. Doświadczenia swoje autor przeprowadził w tym celu, ażeby z jednej strony wykazać, jak się zachowuje przemiana podstawowa w ciąży, a zwłaszcza u ciężarnych, dotkniętych wolem (65% wszystkich osób badanych), oraz wpływ jej na rozwój noworodków i występowanie wola wrodzonego. Badania te dały wynik następujący: 1) przemiana podstawowa u wszystkich ciężarnych zwiększa się przeciętnie o 15%. 2) Wielkość i zbitość wola na przemianę podstawową wpływu nie wywierają. Również bez wpływu pozostają wiek ciężarnej i ilość przebytych porodów. 3) Specyficzno-dynamiczne działanie białka w ciąży zmniejsza się. 4) Wól nie okazuje żadnego wpływu na przebieg ciąży. 5) Czynność gruczołu tarczykowego u noworodka jest zupełnie niezależna od charakteru i wielkości wola, jakoteż od przemiany podstawowej matki. *J. Lenczowski* (Lwów).

Wpływ trzebienia na stan czynności tarczycy u samic szczurów białych. O. BOKELMANN i W. SCHERINGER. Arch. f. Gyn. T. 148, Z. 1.

Doświadczenia wykazały, że tarczyca zwierzęcia wytrzebionego traci na wadze, zawiera natomiast więcej jodu aniżeli tarczyca zwierzęcia zdrowego. Ubytek lub przyrost na wadze względnie zawartości jodu same przez się jeszcze nie upoważniałyby do żadnych wniosków, podobnie jak i większa zawartość jodu w organie powiększonym. Ten fakt atoli, że ubytkowi na wadze towarzyszy zwiększenie się zawartości jodu, dowodzi poprostu zmiany czynnościowej w kierunku ujemnym t. j. zaniku *(hypotrophia)* czynnościowego. Ze stanowiska anatomo-patologicznego stan ten nazwać można względnym zanikiem *(atrophia)* organu. Wobec przypuszczenia, że koncentracja jodu jest mniejwięcej proporcjonalna do koncentracji koloidów, zwiększenie w gruczole wydzieliny nie może powstać wskutek wzmożonej czynności tarczycy, gdyż pomniejszeniu organu musi odpowiadać redukcja jego miąższu, a conajmniej jego niedostateczne przekrwienie. Wynik swych doświadczeń uważają dlatego autorowie za dowód, że trzebienie powoduje względny czynnościowy i anatomiczny zanik tarczycy. Objaw ten występuje stosunkowo dość wcześnie, bo zwykle w 5 tygodni po wytrzebieniu.

K. B. (Lwów).

Wpływ dijodtyrozyny na hipertyreozy. O. ZIMMERMANN. Med. Klin. Nr. 3, 1933.

Przez podawanie doustne 0,1 g dziennie dijodtyrozyny przez 2 do 3 tyg., można uzyskać obniżenie wzmożonej przemiany materji podstawowej o 30 do 70%; ogólne poczucie chorych znacznie się poprawia. Mimo dalszego leczenia przemiana materji podstawowa wzmaga się, nie osiągając jednak pierwotnej wysokości. Natomiast nigdy nie stwierdzono pogorszenia się objawów w czasie leczenia. Działanie tej substancji polega nietylko na działaniu jodu, ponieważ wyniki lecznicze są jakościowo i ilościowo inne od uzyskanych przy leczeniu samym jodem.

Godlowski (Kraków).

Wykazywanie wydzielania adrenaliny u człowieka. F. BRANDT i G. KATZ. Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 23—50.

Adrenalina daje się wykrywać biologicznie: na izolowanem uchu królika, oceniając zwężenie naczyń na podstawie ilości kropel wypływającego z żył płynu wprowadzonego do tętnicy, — na izolowanem jelicie cienkiem królika, — na wyłuszczonem oku żaby. Normalna krew ludzka, badana 3 powyższ. testami biologicznemi, nie wywołuje żadnego efektu. Po 20—30 jedn. insuliny w okresie niedocukrzenia krwi a podwyższenia ciśnienia stwierdzono wyraźne zwiększenie adrenaliny. Również w okresie kryz naczyniowych P a l'a z podwyższeniem ciśnienia stwierdzono zwiększenie adrenaliny. Na szczycie kryzy wstrzyknięta dożylnie insulina (30 jedn.) nie wywoływała niedocukrzenia.

H. Długosz (Lwów).

Różnice cykliczne w płodności kobiety. GUCHTENEERE. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. r. 1933. Nr. 3.

Opierając się na własnych badaniach i doświadczeniach innych, autor twierdzi, że u normalnych kobiet zdolność zapłodnienia istnieje tylko w pewnych okresach cyklu menstruacyjnego. Zasługą Ogino jest dokładne określenie tego terminu. Podjął on mianowicie pracę swoich poprzedników i na 118 laparotomjach, z których w 81 cykl menstruacyjny wypadał regularnie od 23—45 dni, wykazał, że jajeczkowanie odbywa sie stale w pewnych określonych dniach zależnych od następnej miesiączki. Okres ten wypada od 12—16 dnia. Jeżeli dołączyć do tego jeszcze 3 dni poprzedzające jajeczkowanie, podczas których plemnik pozostający w ustroju kobiety może zachować swoją żywotność i zdolny będzie jeszcze zapłodnić jajko, otrzymał Ogino okres trwający 8 dni od 12—19 dnia poprzedzających miesiączkę, w których kobieta zdolna jest do zajścia w ciążę. Fizjologiczna bezpłodność trwa przez 11 dni przedmenstruacyjnych i, zależnie od cyklu menstruacyjnego pewną ilość dni tuż po miesiączce. Rozmaite statystyki potwierdzają w zupełności te badania. Autor przytacza szereg przypadków z własnej praktyki. *H. Newlińska* (Lwów).

Doświadczalne badania wpływu płynu pęcherzykowego na szyjkę macicy. MOZETTI-MONTERUMICI i DE MARCHI. Pathologica. Nr. 499, 15 maja 1933.

Autorowie usuwali operacyjnie u morskich świnek i królików jajniki, jajowody i trzon macicy, poczem w mięsień pozostawionej szyjki wstrzykiwali płyn z krowich pęcherzyków Graafa. Te wstrzykiwania wywoływały wyraźny odczyn śluzówki szyjki, co dowodzi, że hormon pęcherzykowy działa nietylko na całą macicę, ale też na samą szyjkę. Wynik tych doświadczeń tłumaczy, zdaniem autorów, dlaczego niektóre przewlekłe sprawy zakaźne (zwykle wiewiórowe) zaostrzają się lub powracają w kikucie macicy, pozostałym po wycięciu trzonu, jeżeli kobietom tak operowanym podaje się folikulinę spowodu niedostatecznej czynności jajników, oraz dlaczego te sprawy zaostrzają się u takich kobiet w okresach miesiączkowych.

C. (Kraków).

Wpływ folikuliny na regulację węglowodanową. GJURIČ i KUČEROVÁ. Cas. Lék. Česk. 1932. Z. 40.

Autorzy doszli do wniosków, że małe dawki folikuliny (estrolu), zwiększają poziom cukru we krwi, tak u zdrowych kobiet, jakoteż u chorych na cukrzycę. Stwierdzili również, że

większe dawki folikuliny nie posiadają tego samego działania. U niektórych (młodszych) kobiet zwiększają poziom cukru we krwi, u niektórych starszych obniżają, a to tak u kobiet z prawidłową przemianą podstawową, jak i u chorych na cukrzycę. Działanie folikuliny na cukier we krwi zależy nietylko od wieku i od stanu jajnika lecz również, a to głównie, od ilości wstrzykniętej folikuliny. *Ungar* (Lwów).

Doświadczenia nad czasową hormonalną sterylizacją według Haberlandta. D. GOSTIMIROVIČ i G. O. KRAEMER. Zbl. f. Gyn. Nr. 48, 1932.

Haberlandt przyjmuje, że z początkiem ciąży ciałko żółte, później zaś gruczoł śródmiąższowy hamuje owulację. Udało mu się zarówno przez homojotransplantację jajnika od zwierzęcia ciężarnego zwierzęciu dojrzałemu, jak i przez zastrzyki wyciągów jajnikowych zwierząt ciężarnych, wyciągów łożyskowych, wreszcie i karmienia owemi hormonami wywołać trwałą sterylizację. W duchu powyższym przedsięwzięte doświadczenia autorów na myszkach białych dały wyniki następujące: Homojoplastyczna transplantacja jajników myszy ciężarnych nieciężarnym dla zahamowania jajeczkowania dała w zupełności wyniki ujemne. Implantowaniem samicom mysim ciałka żółtego ciężarnej krowy zdołano w 62,5% przyp. uzyskać powstrzymanie jajeczkowania. Sterylizacja ta jednakowoż okazała się nietrwałą, gdyż ustępowała po zaprzestaniu podawania preparatu. Drogą implantacji dojrzałej myszce gruczołu śródmiąższowego krowy ciężarnej nie zdołano ani w czasie podawania, ani po nim uzyskać żadnych rezultatów. Wynika z powyższego, że t. zw. gruczoł śródmiąższowy nie produkuje w czasie ciąży żadnych hormonów hamujących jajeczkowanie. *M. Dubicki* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Zwalczanie raka. D'ERCHIA (Bari). Zbl. f. Gyn. Nr. 1. 1933.

Autor przypisując wielkie znaczenie profilaktyce w zwalczaniu raka, proponuje przymusowe perjodyczne ginekologiczne badania wszystkich kobiet; opierając się na wynikach akcji przeciwgruźliczej wypowiada zdanie, że tylko przymusowa profilaktyka rozwiąże zagadnienie raka. *T. Paruch* (Lwów).

Wyniki lecznicze po operacji metodą Schauta-Stoeckel raka szyi macicy. SCHILLING (Lipsk). Zbl. f. Gyn. Nr. 1, 1933.

Praca statystyczna obejmuje 150 przypadków operowanych w latach 1923—1926 w klinice lipskiej za dyrektury Stoeckla. Po 5-u latach żyje 87 operowanych kobiet, czyli względne wyleczenie osiągnięto w 58%. Co do wyleczenia według grup to w I-ej grupie osiągnięto wyleczenie w 67%, w II-ej w 52.9%, w III-ej w 30.7%. Pierwotna pooperacyjna śmiertelność wynosi 4%, czyli o wiele mniej od śmiertelności przy operacjach od strony brzucha. *T. Paruch* (Lwów).

Erytrodermja a rak szyi macicy. SCHWEIGL (Wiedeń). Zbl. f. Gyn. Nr. 1, 1933.

Autor opisuje przypadek erytrodermji z równoczesnym rakiem szyi macicy. Erytrodermja mimo różnorodnego leczenia nie ustępowała. Dopiero operacja radykalna raka szyi usunęła i erytrodermję, co wskazuje na etjologiczny związek między temi chorobami. *T. Paruch* (Lwów).

Powikłania występujące w czasie leczenia radem raka macicy. G. GRAY WARD (New York, N. Y.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XX, 1, 1933.

Zestawienie obejmuje 560 przypadków raka szyi i 106 przypadków raka ciała macicy, leczonych promieniami radu. W 19% przyp. w czasie leczenia występowały powikłania. Miały one jednak przeważnie charakter przejściowy. Pierwotna śmiertelność, którą możnaby odnieść do radu, wynosiła dla raków szyi ogółem 2%, w I zaś i II klasie 1.1%. Krwawienie spostrzegano w 10% przypadków. Było ono jednak przeważnie niegroźne, w 4,5% przypadków spostrzegano podrażnienie pęcherza i prostnicy. Starano się temu zapobiegać już to oddalając ściany pochwy zapomocą gazy, już to zakładając stały cewnik do pęcherza. Wypełniony bowiem pęcherz przylega ściśle do przedniej ściany macicy, ponieważ założony do jamy macicy rad ma zdolność przenikania w odległości 3,5 cm. przeto łatwo może uszkodzić wypełniony pęcherz. Uszkodzenia powstają najczęściej pod postacią nieżytów i owrzodzeń, które goją się powoli i z trudnością. Uszkodzenie prostnicy spostrzegano w 3,1% przypadków.

Naogół były one poważniejsze niż uszkodzenia pęcherza i dawały często powód do pomyłek rozpoznawczych, gdyż owrzodzenia te uważano za przerzuty nowotworowe.

Najprzykrzejszem powikłaniem jest przetoka pęcherzowo-pochwowa. Czasem trudno jest określić przyczynę jej, a mianowicie, czy jest ona następstwem samego nowotworu, czy też naświetlania. W dwóch przypadkach przetokę taką wyleczono operacyjnie.

Równie poważnem powikłaniem jest przetoka jelitowo-pochwowa. Może ona wystąpić nietylko w prostnicy, ale również i w jelicie cienkiem, o ile ono przylega do ściany macicy zawierającej rad. Autor spostrzegał 22 przetok jelitowo-pochwowych. Nie wszystkie jednak były wywołane samem leczeniem. Były bowiem i takie, w których przyczyną były poprzednie sprawy zapalne lub operacje. Celem zmniejszenia zakażenia w przebiegu leczenia autor radzi przestrzykiwania pochwy płynami dezynfekcyjnemi. Należy też unikać forsownego rozszerzania szyi. Podwyższona ciepłota wskazuje na zapalenie w miednicy małej i wymaga przerwania leczenia. Nie odnosi się to do chwilowej gorączki resorbcyjnej.

Raki ciała macicy leczono radem, a w 4 tygodnie później operowano. *Wiślański* (Lwów).

W sprawie leczenia raka szyi macicy podczas ciąży. ROCHET (Lyon). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933, Z. 4.

Na podstawie własnych przypadków i przypadków zebranych z literatury, autor uważa, że rak szyi macicy, nadający się do operacji i powikłany ciążą niewyżej niż V mies.. daje wskazanie do natychmiastowego usunięcia macicy bez względu na obecność płodu. Postępowanie w VI i VII m. ciąży zależy od rozwoju nowotworu: jeżeli sprawa postępuje szybko, trzeba poświęcić dziecko i wykonać rozszerzone wycięcie macicy; w przypadkach mniej złośliwych można założyć rad i oczekiwać VIII mies. ciąży, aby dziecko było zdolne do życia. Wtedy po wykonaniu cięcia cesarskiego usuwa się macicę. W przypadkach nienadających się do operacji, bez względu na czas ciąży, należy założyć rad i oczekiwać końca ciąży. Po wydobyciu płodu zapomocą cięcia cesarskiego niektórzy radzą wykonać nadpochwowe odcięcie macicy i założyć rad do kikuta szyi. O ile rak zostanie stwierdzony podczas samego porodu, trzeba natychmiast wykonać cięcie cesarskie i zależnie od stanu chorej wykonać całkowite, nadpochwowe odcięcie macicy lub operację Porro. W połogu — leczenie radem. *H. Newlińska* (Lwów).

Przypadek wszczepienia moczowodu do pęcherza operowany przed 12-u laty. H. D. FURNISS (New York, N. Y.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Uszkodzenie lewego moczowodu nastąpiło przed 12 laty podczas operacji dużych włókniaków macicy. Wytworzyła się wówczas przetoka moczowodowo-pochwowa. W miesiąc później wszczepiono moczowód do pęcherza, a przetokę zaszyto od strony pochwy. Obie operacje udały się, a obecnie po 12-u latach badania cystoskopowe, indygo-karminem i fenolsulfoftaleiną wykazały stosunki prawidłowe. *Wiślański* (Lwów).

Leczenie nabłoniaka kosmkowego energją promienną. R. KELLER (Bas-Rhin.). Gyn. et Obst. T. XXV. 1932.

Autor zwraca uwagę na niezwykłą luźność związku między ogniskami nabłoniaka a ścianami żył w sąsiedztwie macicy. Wynika stąd konieczność jaknajostrożniejszego manipulowania przy wszelkiego rodzaju zabiegach na macicy podejrzanej o obecność nabłoniaka. Już nieostrożne ściąganie macicy przy skrobaniu diagnostycznem, a jeszcze bardziej szarpanie macicy przy jej wycięciu może spowodować rozsianie przerzutów w ciągu kilku dni. Stąd też K. nie jest zwolennikiem rozszerzonego wycięcia macicy na sposób operacji Wertheima przy raku.

Opis przypadku potwierdzającego słuszność powyższych uwag: W 15 dni po wycięciu macicy stwierdzono przerzut pochwowy, wykluczony poprzednio dokładnem badaniem przed operacją. Przerzut ten wycięto w granicach tkanki zdrowej. W kilka tygodni później stwierdzono przerzut na szczycie przedniej ściany pochwy — ku pęcherzowi moczowemu. To skłoniło autora do zastosowania promieni X w sposób zupełnie analogiczny, jak przy nawrocie rakowym po usunięciu macicy. Spowodowane przerzutem pęcherzowym objawy ze strony pęcherza moczowego i miedniczki nerkowej ustąpiły rychło. W 3 mies. po naświetlaniu stwierdził autor stan miejscowy i ogólny zupełnie dobry.

K. podkreśla, że odczyn A.—Z. (na królikach) był od samego początku i mimo radykalnej operacji silnie dodatni a dopiero w 3 mieś. po naświetlaniach wypadł ujemnie. Na tej zasadzie autor wyraża zdanie, że promienie X. działają nietylko na komórki nowotworowe w polu naświetlania, ale i komórki odległe.

K. precyzuje zasady leczenia nabłoniaka w następujących zdaniach: 1) Operacja drogą brzuszną: Zwyczajne całkowite wy-

cięcie macicy wraz z przydatkami; 2) po operacji naświetlanie miednicy małej promieniami X jak przy raku macicy; 3) kontrola chorej przez dłuższy czas próbą A.-Z. co 3—4 tygodni, w razie dodatniej próby dalsza serja naświetlań; 4) przypadki nienadające się już do operacji powinny być naświetlane i to tak w miejscu ogniska pierwotnego, jak i w okolicach rozpoznanych przerzutów. *T. Wiczyński* (Lwów).

Leczenie Paquelin'em nadżerek szyjki macicy. K. M. AFANASIEWSKIJ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 1—2. 1933.

Zamiast substancyj chemicznych, jak azotan srebra, kwas karbolowy, siarczan cynku, zaleca autor przyżeganie; metoda ta pozwala na znaczne skrócenie czasu leczenia tak, że w większości przypadków wystarczyło jedno przyżeganie, nigdy nie stosowano przyżegania więcej jak 3 razy.

Szyję macicy osłonięto we wzierniku okrągłym drewnianym, lub we wziernikach łyżkowych, owiniętych mokrą gazą. W każdym przypadku podejrzanym o zwyrodnienie złośliwe dokonywano wycięcia skrawka do badania mikroskopowego.

Segal (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 kwietnia 1933 r.

Przewodniczy: wiceprezes dr. Blasberg.

1. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne ś. p. Stanisława Ćwierza długoletniego portjera Towarzystwa Lekarskiego. Obecni uczcili Jego pamięć przez powstanie.

2. Kol. Pasiebiński z oddziału ocznego szpitala OO. Bonifratrów przedstawia przypadek *przeszczepienia rogówki.*

W dyskusji płk. Rosenhauch zwraca uwagę, że ważnem przed przeszczepieniem jest oznaczenie grup krwi, gdyż tylko rogówki z tej samej grupy krwi mają szanse przyjęcia się.

3. Kol. Spira — Ordynator oddziału laryngologicznego szpitala Izraelitów przedstawia 3 przypadki:

a) *Atypowy kompleks Gradeniga,* — b) Chora po operacji *plastycznej nosa siodełkowatego,* — c) Chory po operacji *plastycznej uszu.*

W dyskusji nad przyp. I. zabierali głos kol. Bornstein i kol. Gradziński.

W odpowiedzi zabrał głos kol. Spira.

4. Kol. Kadyj asystent Kliniki Okulistycznej U. J. przedstawił: *„Rzadki przypadek niedorozwoju mięśni gałkowych, połączony z ciężkiemi zaburzeniami rozwojowemi obu gałek ocznych".*

U przedstawionego chorego lat 19, gałki oczne są od najwcześniejszego dzieciństwa trwale wywrócone ku górze tak, że rogówki kryją się pod górną powieką. Utrzymuje się oczopląs zmiennego typu i nasilenia, jakiekolwiek ruchy czynne gałek ocznych są niemożliwe.

Badanie wykazuje, że bierne ruchy gałek ocznych są możliwe, choć odwrócenie gałki ku dołowi napotyka na znaczny opór.

Dopiero przy pomocy biernego odwrócenia gałek ocznych ku dołowi, można stwierdzić w obu oczach: *mikrocornea, coloboma congenitum iridis ac chorioideae et coloboma vaginae nervi optici oculi utriusque.*

Prawe oko liczy palce do dwóch metrów, czyta Snell. 1.8 przy oku, skiaskopem stwierdza się myopji około 5 na myopji około 8 D (oś skośna). Lewe oko ma refrakcję podobną, lecz widzi tylko ruchy ręki. może dlatego, że szczelina wrodzona dochodzi aż do okolicy plamki żółtej. (Pomiary dokładne wskutek oczopląsu i wielkiej trudności sprowadzenia gałek ocznych ku dołowi są niemożliwe). Chory chcąc widzieć, musi podnosić palcami powiekę górną prawego oka i odpowiednio ustawiać głowę.

O ile szczelina naczyniówki i otoczki nerwu wzrokowego, wraz z małością gałek ocznych należy do względnie częstych wad rozwojowych gałki ocznej, o tyle trwałe wywrócenie gałek ocznych ku górze i niemożność ruchów czynnych jest syndromem rzadkim. Tłumaczy się on po myśli teoretycznych rozważań, oraz spostrzeżeń praktycznych, uczynionych przy operacjach podobnych przypadków, przez niedorozwój, względnie przez złe przyczepy mięśni gałkowych. W omawianym przypadku wydaje się prawdopodobnem, że wszystkie mięśnie gałkowe mają przyczepy przesunięte do tyłu. poza równik gałki, za wyjątkiem mięśnia prostego górnego, który silnie zrotował gałkę ku górze. W mięśniu tym muszą być zmiany łącznotkankowe kontrakcyjne, na co wskazuje znaczny opór przy biernem rotowaniu gałki ocznej ku dołowi.

Ewentualne leczenie operacyjne musiałoby dążyć do przecięcia ścięgna mięśnia prostego górnego (przyczem liczyć się trzeba z przyczepami dodatkowemi), oraz do dokładnego odpreparowania i przełożenia ku przodowi ścięgna mięśnia prostego dolnego, ewentualnie i skośnego górnego. Według dotychczasowej kazuistyki piśmiennictwa, operacje te są bardzo nieraz trudne, a wyniki niepewne. Trzeba się liczyć z możliwością istnienia przyczepów i mięśni dodatkowych, lub pasm tkanki łącznej, jako wyrazu ciężkiego zaburzenia całego układu mięśni gałkowych. Nieraz efekt operacji psuje istniejącą skłonność do tworzenia w bliźnie kurczącej się tkanki łącznej.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 maja 1933 r.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. Prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne ś. p. kol. dra Wiktora Stankiewicza, a obecni uczcili Jego pamięć przez powstanie.

2. Kol. Thur (gość T-wa) przedstawił przypadek *dystonji.*

W dyskusji zabierał głos dr. Szymanowicz, *w odpowiedzi* kol. Thur.

3. Kol. Bornstein przedstawił przypadek *narkolepsji,* wspólnie z kol. Wohlfeilerem, który przedstawił przebieg i wyniki badań przemiany materji w tym przypadku. Rzecz przeznaczona jest w całości do druku.

4. Kol. Bornstein przedstawił 2 przypadki *obustronnego porażenia nerwu twarzowego.*

W dyskusji kol. Wander przypomina, iż najczęściej biplegja n. twarzowego zdarza się w przebiegu *encephalitis lethargica.* Zapytuje o przebieg i anamnezę.

5. Doc. dr. E. Artwiński, Ordynator Oddziału VI. szpit. św. Łazarza wygłosił wykład p. t. *„O rozpoznawaniu nowotworów rdzenia".*

W dyskusji zabierali głos pp. kol. prof. dr. Kostrzewski, kol. Reiner i w *odpowiedzi* doc. dr. Artwiński.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17 maja 1933 r. wspólnie z Walnem zebraniem Polsk. Tow. Balneologicznego.

Przewodniczący: dr. Blasberg i prof. dr. Korczyński.

1. Przewodniczący wita imieniem Towarzystwa Lekarskiego Zjazd i Delegatów: dra Salaka (delegata Min. Opieki Społecznej), radcę Gregera (delegata Izby Skarbowej), Prof. Nowaka, Dziekana prof. Godlewskiego, p. Minkiewiczową (delegatkę Związku Uzdrowisk), docenta Sabatowskiego ze Lwowa, przedstawicieli prasy i wszystkich gości.

Wiceprezes dr. Blasberg oddał przewodnictwo w ręce prof. dra Korczyńskiego.

2. Prof. Korczyński zagaił Zebranie P. T. B.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego Zebrania P. T. B.

Nastąpiły sprawozdania: 1) sekretarza, 2) Komitetu redakcyjnego P. T. B. 3) skarbnika, 4) Komisji Sprawdzającej.

Udzielono absolutorjum dla Wydziału.

3. Doc. dr. Antoni Sabatowski ze Lwowa wygłosił wykład p. t.: *„O leczniczem znaczeniu zdrojowiska morszyńskiego, oraz wody i soli morszyńskiej".* (Praca przeznaczona jest do druku).

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 maja 1933 r.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. W tajnem głosowaniu przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: dra Gasińskiego Józefa i dra Goldbergera Henryka.

2. Kol. Reiss przedstawił przypadek *pokrzywki barwikowej trwałej (urticaria pigmentosa perstans).*

W dyskusji nad przypadkiem zabierał głos kol. Mester, *w odpowiedzi* kol. Reiss.

3. Kol. Hirsch (gość T-wa) przedstawił przypadek *neurodermitis (Eczema flexurarum).*

W dyskusji zabierał głos kol. Mester, *w odpowiedzi* kol. Hirsch.

4. Kol. Lejman (gość T-wa) przedstawił 2 przypadki.

I. *Przewlekły łupież liszajowaty (pityriasis lichenoides chronica).*

II. *Przypadek osutki kilowej grudkowej u oseska. (Lues congenita papulosa seronegativa).*

W dyskusji nad drugim przypadkiem zabierali głos dr. Blasberg, doc. Szymanowicz i prof. Walter, który zaznacza, że przypadki podobne do przedstawionych przez kol. Lejmana— spotyka się dość często i świadczą one, że badania serologiczne noworodków i niemowląt mają ograniczone znaczenie. Ustrój oseska nie jest zdolny do fizjologicznych czynności wytwarzania ciał odczynowych, również i dopełniacz w surowicy niemowlęcia znajduje się w małych ilościach. Niejednokrotnie zdarza się, że u dziecka urodzonego z kiłowej matki, jako pozornie zdrowego — nasamprzód pojawiają się kliniczne objawy chorobowe a odczyny serologiczne dopiero później występują. Dla rozpoznania kiły wrodzonej świeżej noworodka — badanie kliniczne i badanie rentgenologiczne pozwalające na stwierdzenie swoistych zmian chorobowych w kośćcu — mają największe znaczenie, w tych zwłaszcza przypadkach, w których odczyny serologiczne mimo istnienia zakażenia u dziecka wypadają ujemnie.

Sprawa późnego występowania zmian chorobowych u noworodka kiłowego, pozornie zdrowego — zmusza nas do zastanowienia się, czy należy podjąć leczenie bezpośrednio po urodzeniu, czy też czekać na ewentualne pojawienie się objawów chorobowych. Zasadą nauki jest leczyć kiłę tylko w tych przypadkach, kiedy się ją rzeczywiście stwierdzi. Jednakże nie ulega wątpliwości, że wcześnie rozpoczęte leczenie ma bardzo doniosłe znaczenie dla zdrowia cielesnego i umysłowego dziecka. Toteż mimo, że w niektórych przypadkach leczyć będziemy — dziecko rzeczywiście zdrowe, jednak ze względu na doniosłe znaczenie wczesnego leczenia chorego noworodka — należy po urodzeniu przeprowadzić leczenie u tych dzieci, których matka w czasie ciąży miała objawy chorobowe jawne, mimo że nawet w czasie ciąży były leczone. Dziecko matki kiłowej, urodzone jako zdrowe, żadną miarą nie należy oddawać zdrowej karmicielce do karmienia, a oddając je na wychowanie należy pouczyć opiekunów przyszłych o stanie dziecka i zasadach wystrzegania się zakażenia.

3. Kol. dr. Jan Miodoński wygłosił wykład p. t. *„Doświadczenia nad śródnosową trepanacją zatoki czołowej sposobem Hallego.*

W dyskusji zabierał głos doc. Szymanowicz, *w odpowiedzi* kol. Miodoński.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 31 maja 1933 r.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne ku czci zmarłego Kolegi ś. p. Rzegocińskiego Bolesława, a obecni uczcili Jego pamięć przez powstanie.

Na wniosek przewodniczącego, poparty przez prof. Wachholza, zgodzono się na przesunięcie terminu najbliższego posiedzenia wyjątkowo na wtorek 6. czerwca b. r.

2. Przyjęto jednogłośnie na członka T-wa kol. dr. Rozenową Reginę.

3. Kol. H. Szancer przedstawił przypadek: *pneumothorax spontaneus recidivans.*

W dyskusji kol. Wachtel stwierdza, że przeglądnięcie zdjęć rentgenowskich wykazuje, że przy pierwszym ataku istniał wielki pneumotoraks z silnem wydęciem lewej połowy klatki piersiowej, jednak płat dolny płuca jest częściowo zrośnięty z przeponą tak, że pozostał on powietrzny. Zrost ten tłumaczy też brak przesunięcia śródpiersia. Zdjęcie drugiego ataku wykazuje pneumotoraks mniej intensywny. Płaszcz powietrza otacza płuco, które częściowo zgniecione, ale zachowało powietrzność. Żadnych znaków rentgenologicznych, któreby wskazywały na czynne procesy gruźlicze, nie stwierdza się, czyli chodzi tu o *pneumothorax spontaneus.*

W dyskusji zabierali głos jeszcze kol. Szewczyk i prof. Kostrzewski.

4. Kol. Syrek (gość T-wa) przedstawił 2 przypadki: 1) *niedorozwój macicy* i 2) *niedorozwój jajników.*

W dyskusji nad przypadkami prof. Wachholz zapytuje, czy zwracano uwagę na stan nerwów węchowych, gdyż w analogicznych przypadkach spostrzegał niedorozwój nerwu węchowego.

Doc. Szymanowicz nawiązując do opisanych przez prelegenta przypadków niedorozwoju części rodnych, opisuje kilka przypadków braku pochwy, gdzie różnemi sposobami wytwarzano sztuczną pochwę.

W dyskusji zabierali głos prof. Wachholz i kol. Uhma.

5. Kol. Kowalczykowa (gość T-wa) przedstawia 2 przypadki: 1) guz serowaty (gruźliczy) serca i 2) mięsaka jelita. (Preparaty z Zakładu Anatomji patologicznej U. J.).

6. Kol. Bobrzyński przedstawił przypadek *raka szyjki macicznej w ciąży.*

W dyskusji kol. Wachtel stwierdza, że rak szyjki macicznej do VI. m. ciąży nadaje się raczej do leczenia radem, aniżeli operacyjnego. Przypadki te, jak na to wskazuje piśmiennictwo, cofają się doskonale tak, że nawet poród siłami natury jest możliwy.

Doc. Szymanowicz zwraca uwagę, że technicznie zabieg doszczętny raka szyjki macicznej jest w ciąży łatwiejszy a prognoza stosunkowo lepsza aniżeli poza ciążą. Ustalenie, czy rak szyjki w ciąży rozwija się szybciej czy też wolniej, jest trudne.

Dr. Blasberg przeprowadzając analogię z białaczką, która w ciąży cofa się na skutek zwiększenia się w tym czasie sił obronnych organizmu, stwierdza, że możliwem jest również, że i rak wolniej wzrasta w ciąży.

Prof. Kostrzewski zwraca uwagę, że przez analogię z innemi zjawiskami biologicznemi możliwy jest zarówno szybszy jak i wolniejszy wzrost raka w ciąży. Przypomina, że istnieją pewne analogje między rakiem a ciążą, jak o tem świadczy cały szereg odczynów, występujących taksamo w ciężarnym, jak i w rakowym ustroju.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1933 r. wspólnie z Towarzystwem Ginekologicznem.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. Przewodniczący powitał imieniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego zebranych, a w szczególności p. Prezesa Sądu Apelacyjnego dra Parylewicza, Prokuratora Sądu Apelacyjnego p. Stąpora, Prezesa Towarzystwa Prawniczo-ekonomicznego prof. Gołąba, oraz Prezesa Sądu Wojskowego płk. Szymonowicza.

2. P. Prof. Rutkowska, Prezes Krakowskiego T-wa Ginekologicznego zagaiła posiedzenie naukowe, podnosząc duże znaczenie tematu dzisiejszego odczytu.

3. Prof. dr. L. Wachholz wygłosił wykład p. t.: *„O przerwaniu ciąży w świetle ustaw od czasów najdawniejszych".* (P. G. L. nr. 28. 1933).

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Sekcja neurologiczna Lwowskiego Tow. Lekarskiego.

V. Posiedzenie dnia 24. maja 1932 r.

Przewodniczy Prof. Halban H.

Kol. Rajca St. demonstruje *przypadek odruchu przymusowego chwytania.*

Chora 34 letnia, w połowie lutego 1931 zapadła na grypę i anginę, około 1-go marca bóle w stawach rąk i nóg oraz gorączka około 38 stopni, 20-go marca lekarz stwierdził zapalenie stawów, a 1-go kwietnia rozpoznał *endocarditis acuta.* Przy końcu kwietnia insult bez utraty przytomności z następowem porażeniem połowiczem lewostronnem. Po 4 tygodniach ruchomość ręki wróciła, a po 6 tygodniach zaczęła się także poprawiać i ruchomość w nodze. W tym czasie wystąpiły w lewej ręce ruchy przymusowe oraz odruch przymusowego chwytania. Od października zaburzenia psychiczne o charakterze schizofrenicznym, od dwóch tygodni *stupor.*

Objektywnie przy przyjęciu na Klinikę dnia 4-go maja 1932 stwierdzono pozostałości po przebytem lewostronnem porażeniu połowiczem (lewy dolny VII gorszy, żwawszy lewy odruch okostnowy, żwawszy lewy kolanowy i kloniczny lewy odruch Achillesa, Babiński chwilami zaznaczony po lewej, słabsze lewe odruchy brzuszne, lekka pareza lewych kończyn, wzmożone napięcia mięśniowe w lewych kończynach, większe w ręce). Pozatem stwierdzono odruch przymusowego chwytania po lewej polegający na tem, że gdy chorej podrażni się jakimś przedmiotem (nawet ostrym) wolarną powierzchnię dłoni, wtedy chora chwyta przedmiot silnie i trzyma go dłuższy czas. Przy próbach wyjęcia chorej przedmiotu z ręki siłą skurcz palców naokoło przedmiotu wzmaga się. Objawu podążania ręki za przedmiotem niema. Oprócz tego chora wykonuje lewą ręką ruchy przymusowe, dopobne do szukania ślepca i obmacywania (palcami ruchy obmacujące, w stanie nadgarstkowym lekki *tremor,* całem ramieniem wahania w jednej płaszczyźnie), które ustają zupełnie, gdy chora oprze całą powierzchnią dłoni rękę na pościeli lub gdy chwyci lewą ręką swoją prawą rękę. Chora na pytania nie odpowiada, nie mówi, poleceń nie wykonuje, chwilami zachowuje się negatywistycznie, pokarmów nie przyjmuje tak, że podczas pobytu na Klinice odżywiano chorą sondą przez nos. Chwilami jest podniecona, krzyczy i mówi słowa bez związku, bardzo rzadko odpowiada rozumnie i wtedy jest zorjentowana dobrze co do miejsca i otoczenia.

O. W. krwi i płynu ujemny. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało stosunki prawidłowe, dno oka bez zmian, Roentgen czaszki i klatki piersiowej bez zmian. Badaniem wewnętrznem stwierdzono głuche tony nad końcem serca oraz zaakcentowanie drugiego tonu nad aortą, w moczu liczne ciałka ropne, laryngologicznie *pharyngitis chronica, tonsillitis d. chr.*, badanie cytologiczne krwi wykazało stosunki prawidłowe, elektryczne badanie pobudliwości nerwów i mięśni nie wykazało stosunków patologicznych.

U chorej rozpoznano embolję mózgową w *a. cerebri ant.* (przymus, chwytanie, hemiplegja z przewagą porażenia nogi), a hiperkinezy ręki lewej odniesiono albo do uszkodzenia spoidła wielkiego albo ew. *nucleus caudatus.* Niewiadomo, czy objawy schizofreniczne u chorej są następstwem sprawy rozmiekczynowej mózgu, czy też odrębną jednostką chorobową. (Publikacja w P. G. L. 1933 Nr. 18.).

Kol. St. Teppa przedstawił rzadszy przypadek guza mózgu, u kobiety 24 letniej. W wywiadach zebranych od brata dowiedziano się, że u chorej zauważono przed dwoma laty lekkie drżenie prawej ręki. Od roku stała się drażliwa, afektywna, pismo jej stało się mniej czytelne. W październiku 1931 spostrzegł narzeczony chorej, że ta nie odpowiada mu czasami na zadawane pytania, a jeśli czasem odpowie, to nie całkiem zrozumiale. Drżenie w ręce się wzmogło, z biegiem czasu zaczęła się zapominać. Z początkiem roku 1932 zaczęli do brata chorej zgłaszać się klienci, z tem, że ona wydaje za dużo pieniędzy (prowadziła sklep). Brat rozciągnął wtedy kontrolę nad siostrą, z której wyszło najaw, że nie prowadzi rachunków w sklepie. W marcu 3 napady epileptyczne w ciągu jednej nocy. Od tego czasu wzmogło się jeszcze trzęsienie prawej ręki, oraz wystąpiło także w prawej nodze. Chora zaczęła chodzić zaniedbana, niechlujna, trudno się było z nią porozumieć.

Przedmiotowo w chwili przyjęcia do kliniki (4-go maja 1932) stwierdzono: wyraźne zaburzenia psychiczne. Chora manjakalna, pilnie zwraca uwagę na otoczenie, stale się uśmiecha, mówi eksplozywnie, operując tylko nieznacznym zasobem słów. Czasem mówi niedorzecznie. Wyraźna afazja motoryczna i zaznaczona sensoryczna. Nie nazywa dobrze pokazanych przedmiotów, jakkolwiek zna dobrze ich znaczenie. Niektórych słów nie rozumie, niektórych poleceń nie spełnia. Wyraźnie nie umie oznaczyć strony ciała. Ze względu na stan psychiczny chorej, afazję i zaburzenia czuciowe zbadanie praksji niemożliwe. Początkowo chora w niepokoju ruchowym wszystkich kończyn. Ruchy te przypominają ruchy pląsawicze. Później spokojniejsza. Od czasu do czasu spostrzegano lekkie drżenia w kończynach. Pozatem stwierdzono lekki połowiczy niedowład prawostronny z obustronnie dodatnim odruchem Babińskiego, połowicze obniżenie czucia skórnego na wszystkie rodzaje w prawej połowie ciała oraz wyraźne zaburzenia w czuciu głębokiem w prawostronnych kończynach. Przy chodzeniu nie używa prawej nogi, stawia ją często na zewnętrznym brzegu stopy. Wreszcie stwierdzono hemianopsję prawostronną.

Po dwóch dniach pobytu wystąpiło pogorszenie w stanie chorej: wymioty, zmiana usposobienia o tyle, że stała się więcej apatyczna, spokojniejsza. Po naświetlaniu czaszki promieniami Roentgena 19-go maja nastąpiło dalsze pogorszenie. Chora operuje jeszcze mniejszym zasobem słów. Pogłębia się prawostronna hemipareza, dołączyło się osłabienie w kończynach lewostronnych oraz objawy pseudobulbarne. W płynie mózgowordzeniowym 34/3 limfocytów, 7/3 leukocytów, Pandy ++++, Nonne Apelt +++, Sol złota 122333211. Dno oka prawidłowe.

Stan chorej można sobie tłumaczyć jednem ogniskiem leżącem w lewej półkuli mózgowej w głębi wyspy *Reila.* Stąd tłumaczymy sobie wszystkie objawy przez zajęcie tylnego ramienia *capsulae internae*, ucisk na okolicę wzgórka wzrokowego, jąder podstawowych.

Trudniej wytłumaczyć sobie, z jakim procesem mamy do czynienia. Ze względu na przebieg choroby trzeba przyjąć guz mózgu mimo tylko nieznacznie zaznaczonych objawów ogólnych (3 krotne napady epileptyczne, zaburzenia psychiczne, w klinice spostrzeżono nagłe pogorszenie stanu chorej z wymiotami). Niedowład kończyn lewostronnych i objawy ponadopuszkowe tłumaczymy sobie uciskiem guza na prawą półkulę mózgu.

Kol. Adam-Falkiewiczowa demonstruje przypadek guza mózgu z objawami t. zw. „sympatycznej" apraksji lewej ręki przy porażeniu połowiczem prawostronnem. Poza objawami klinicznemi odnośnie do pokazywanego przypadku omawia szerzej objawy samej apraksji wogóle.

(Przenaczone do druku).

Sekretarz: *Dr. W. Stein.*

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji — Oddział w Stanisławowie za rok 1932.

I. 29. I. 1932. Pokazy Chorych: 1. Dr. Mossor demonstruje: a) przypadek *duru osutkowego* z dodatnim odczynem Weil-Felixa przebiegającego ze względu na charakter osutki, gorączkę zwłaszcza jej spadek jak dur brzuszny;

b) przypadek *samoistnej odmy piersiowej* u chorego z ostrym nieżytem oskrzeli, której tła wobec braku rozedmy płuc, rozszerzenia oskrzeli itd. nie dało się stwierdzić;

c) dwa przypadki *samoistnej odmy piersiowej* u chorych z gruźlicą płuc.

2. Dr. Łachmund przedstawia rentgenogram chorej w wieku lat 47 z *równoczesną kamicą nerkową i żółciową.* Na zdjęciu stwierdza się kamień w kształcie grochu w lewej miedniczce nerkowej oraz wypełnienie woreczka żółciowego licznemi kamieniami, które wobec większej zawartości wapnia doskonale się zarysowują.

II. 19. II. 1932. 1. Dr. Ferensiewicz. Wspomnienie pośmiertne o śp. Drze Karolu Gołębiowskim czł. T-wa.

2. Dr. Lachmund: *Obecny stan badań nad rakiem* (wykład).

III. 4. III. 1932. Prof. Dr. R. Weigl ze Lwowa jako gość: *O ochronnem szczepieniu przeciw durowi plamistemu.* (Wykład). W posiedzeniu wzięli udział wszyscy lekarze powiatowi Województwa Stanisławowskiego i liczni lekarze miejscowi.

IV. 18. III. 1932. Dr. A. Falkiewicz, Asystent Kliniki ch. wewnętrznych U. J. K. jako gość: *O zaburzeniach rytmu serca i zastosowaniu elektrokardjografji.* (Wykład kliniczny).

V. 10. VI. 1932. 1. Demonstracje chorych: a) Dr. Lachmund przedstawia chorą w *okresie przekwitania ze złamaniem kości prawego podudzia,* u której spowodu braku wytworzenia się normalnej kostniny w opatrunku gipsowym, wykonano szew kostny przy pomocy płytki Lambotte'a. Po usunięciu płytki powstał w miejscu złamania staw wrzekomy, który wyleczono wszczepieniem w kość goleniową części kości strzałkowej pobranej z drugiej kończyny, poczem dopiero nastąpił zrost kości. Omawia wyniki leczenia operacyjnego złamań kości w 24 przypadkach.

2. Dr. Barcikowski przedstawia *statystykę duru plamistego u chorych szpitalnych w bieżącym roku.* Cechował się on łagodnym przebiegiem, małą śmiertelnością, powolnym spadkiem ciepłoty.

3. Dr. Lachmund: O leczeniu żylaków. (Wykład).

VI. 24. XI. 1932. Demonstracje chorych: 1. Dr. Lachmund przedstawia: a) przypadek *obrażeń jamy brzusznej* u kobiet wiejskich a mianowicie dwa przypadki rozległych ran szarpanych powłok brzusznych w okolicy podbrzusza lewego zadanych rogiem krowy z wypadnięciem pętli jelit oraz przypadek trzeci pęknięcia jelita cienkiego wskutek kopnięcia w brzuch. Wszystkie trzy przypadki zostały wyleczone operacyjnie mimo istniejącego zakażenia otrzewnej.

b) Rozległe obrażenie w okolicy krocza u kobiety wiejskiej z rozdarciem na znacznej przestrzeni kiszki stolcowej zadane również rogiem krowy. Leczenie polegało na operacyjnem odtworzeniu mięśni: *m. levator ani et sphincter ani,* szwie kiszki stolcowej oraz plastyce skóry — z dobrym czynnościowym wynikiem;

c) Przypadek równoczesnej ciąży śródmacicznej oraz ciąży trąbkowej lewej, która spowodowała krwotok wewnętrzny. Rozpoznanie podobnie jak w przypadku przedstawionym w roku ubiegłym postawione przed zabiegiem, który podobnie jak u pierwszej chorej umożliwił doniesienie ciąży prawidłowej;

d) przypadek wyjęcia igły u mężczyzny z mięśnia sercowego wbitej w celu samobójczym. Groźne objawy ze strony serca ustąpiły wkrótce po zabiegu operacyjnym.

2. Dr. Mossor przedstawia historję choroby 2 kobiet z *żółtym ostrym zanikiem wątroby* z tego u jednej z przebiegiem ostrym — czas trwania choroby od wystąpienia zwiastunów do śmierci — 5 dni; u drugiej podostrym, choroba trwała 17 dni. Rozpoznanie ustalono badaniem sekcyjnem. Wywiady u obu kobiet wskazują na zatrucie mięsem względnie wędlinami jako na moment wywołujący chorobę.

VII. 9. XII. 1932. Dr. Ferensiewicz: *Niechirurgiczne leczenie raka* (Wykład).

Sekretarz: *Dr. A. Hickiewicz.*
Przewodniczący: *Dr. M. Ferensiewicz.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy W-dztwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 maja 1933 r. w Szpitalu Psychjatrycznym w Choroszczy.

Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

1. Kol. K. Fiedorowicz wygłosił przemówienie dla uczczenia pamięci zmarłego członka ś. p. Dra Józefa Huszczo. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Kol. H. Rożkowski wygłosił referat: *„Zespoły schizofreniczne w przebiegu porażenia postępującego"*. Prelegent omawia doniosłe znaczenie wczesnego rozpoznania p. p. z klasycznemi zespołami katotonicznemi i kierowania leczenia na odpowiednie tory, demonstrując jednocześnie kilka przypadków.

3. Kol. W. Terajewicz demonstruje chorego lat 33, który był przyjęty do szpitala żydowskiego w Białymstoku w stanie nieprzytomnym i następnie przeniesiony do Szpitala w Choroszczy. Omawiając symptomatologję, rozpoznanie i leczenie krwotoków podpajęczynówkowych, podkreśla, że w demonstrowanym przypadku objawy początkowe były ciężkie, jednak po kilku tygodniach chory poprawił się, objawy neurologiczne (objawy spastyczne, niedowład jednostronny) cofnęły się i w chwili wypisania istnieje tylko pozostałość zespołu afatycznego, przejawiającego się jedynie w zmienionem jeszcze piśmie chorego.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Cz. Karwowski, Kapłan i Fiedorowicz.

4. Kol. Bernasiewicz omówił pokrótce sprawę powstawania *guzów mózgu, histologję i anatomję ośrodków podkorowych*, a następnie zreferował przypadek *glejaka (oligodendroma) spoidła wielkiego*. Guz nie był za życia rozpoznany, gdyż nie dawał żadnych objawów wskazujących na istnienie guza. Obecność objawów pozapiramidalnych skłaniała do rozpoznania parkinsonizmu, dopiero sekcja i badanie histologiczne ustaliło rozpoznanie. Na zakończenie prelegent podkreślił znaczenie badań pośmiertnych i zademonstrował kilka preparatów histologicznych guzów mózgu.

5. Kol. W. Terajewicz: *Odma czaszkowa: wentrikulografja*. Prelegent omawia szczegółowo technikę zabiegu, wskazania i przeciwwskazania do stosowania tegoż jak również i możliwości terapeutyczne, przyczem podkreśla przykre strony zabiegu dla chorego. Na zakończenie demonstruje poodmowe zdjęcia rentgenologiczne, wykonane przez Kol. R. Sztajera w Białymstoku.

6. Kol. M. Syrota demonstruje przypadek *kiły mózgu w połączeniu z guzem mózgu* u chorego lat 30, klinicznie górowały objawy ucisku wewnątrzczaszkowego z obustronnemi tarczami zastoinowemi, z przewagą po stronie prawej: zawroty głowy, wymioty i napady epileptyczne, ból głowy o charakterze napadowym w pr. okolicy ciemieniowej. Odczyn B. W. ze krwi ujemny, z płynu m. rdz. wybitnie dodatni, pleocytoza. Zejście śmiertelne nagłe. Na sekcji nowotwór wielkości jaja kurzego, wypełniający środkową część i tylny róg prawej komory bocznej. Badanie histologiczne (Kol. Bernasiewicz): *sponglioblastoma varietocellulare*.

7. Kol. Z. Sieńkowski: *Leczenie paraliżu postępującego i schizofrenji*. Prelegent podkreśla, iż przy leczeniu p. p. daje wyniki przy możliwie wczesnem rozpoznaniu, najlepiej z objawami tylko somatycznemi. Leczenie polega na stosowaniu malarji i następowem leczeniu swoistem najczęściej rtęciowem, bizmutowo-arsenowem.

W leczeniu schizofrenji najważniejsze znaczenie ma umiejętne, indywidualne traktowanie chorego i wciąganie go do pracy, a z terapij gorączkowych, malarja, szczepionki. Leczenie diatermją zarówno jak prądami krótko-falowemi, oraz psychoterapja znajduje się w fazie prób.

Sekretarz: *Dr. Cz. Karwowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

W Warszawie zmarł dr. Władysław Mazurkiewicz profesor farmakologji i botaniki lekarskiej U. W.

Różne.

W zeszycie 13—14 czasop. „Zdrowie". znajduje się opis bardzo praktycznego ruchomego kąpieliska pomysłu Dra Fr. Zimmermanna, lekarza powiatowego w Przemyślanach. Kąpielisko umieszczone w wozie krytym posiada następujące ubikacje: rozbieralnię, komorę natryskową, ubieralnię, aparat dezynfekcyjny gorącem powietrzem i kotłownię. Wóz waży około $1^1/_2$ tonny i może być przewożony przez 2—3 pary koni nawet po złych drogach. Koszty budowy wynoszą 1.500 zł.

Wiadomości Farmaceutyczne Nr. 32 zamieszczają opis plantacyj roślin przemysłowo-leczniczych oraz wytwórni olejków aromatycznych w Dębach Szlacheckich pod Kołem, woj. łódzkie. Plantacje stale się rozwijają (obecnie 23 morgów), prowadzą wiele gatunków roślin. Główna uwaga zwrócona jest na produkcję olejku z mięty pieprzowej, która stoi zupełnie na wysokości zadania.

Komunikaty.

W konsekwencji przekazania agend sanitarnych Ministerstwu Opieki Społecznej nastąpiła również zmiana podziału czynności pomiędzy jego departamentami: a) Opieki Społecznej i b) Służby Zdrowia, a to w tym sensie, że sprawy o przeważającym charakterze lekarskim zostały skupione w departamencie Służby Zdrowia, natomiast sprawy, nieposiadające tej cechy, zostały przekazane Departamentowi Opieki Społecznej. W szczególności departamentowi Służby Zdrowia zostały przydzielone następujące sprawy, które dawniej w całości lub częściowo załatwiał departament Opieki Społecznej: 1) sprawy lecznictwa, higjeny i nadzoru higjeniczno-lekarskiego w zakładach i instytucjach opiekuńczych; 2) sprawy zwalczania alkoholizmu (lecznictwo alkoholików, akcja społeczno-zapobiegawcza); 3) sprawy nadzoru lekarskiego nad leczeniem, protezowaniem i reedukacją inwalidów wojennych; 4) stacje opieki nad matką i dzieckiem (stacje, krople mleka, poradnie dla matek i dzieci); 5) zakłady lecznicze, leczniczo-zapobiegawcze i leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci gruźliczych względnie zagrożonych gruźlicą; 6) zakłady dla dzieci jaglicznych, przychodnie, oddziały szpitalne, zakłady leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze (w Witkowicach i Częstochowie). Natomiast departamentowi Opieki Społecznej przydzielono z departamentu Służby Zdrowia: 1) sprawy fundacyj, darowizn i zapisów; 2) a ze spraw kosztów leczenia: a) opracowywanie przepisów w zakresie pokrywania kosztów leczenia, b) regulowanie postępowania przy dochodzeniu kosztów leczenia, c) sprawy umów międzynarodowych o opiece lekarskiej nad obywatelami polskimi, d) całe orzecznictwo w zakresie kosztów leczenia. W departamencie Służby Zdrowia pozostawiono bowiem nadal: a) sprawy nadzoru nad użytkowaniem majątków fundacyjnych przeznaczonych na cele lecznicze oraz nadzoru nad prowadzeniem zakładów leczniczych, b) ustalanie opłat szpitalnych, c) ustalanie rodzajów pomocy lekarskiej, d) prowadzenie akcji. zmierzającej do uzyskiwania środków na utrzymanie szpitali, e) sprawy państwowych zakładów leczniczych — z wyjątkiem orzecznictwa, f) sprawy kosztów leczenia obywateli polskich w zakładach leczniczych zagranicą i obcokrajowców w Polsce. W związku z powyższemi zmianami w Ministerstwie mają być dokonane analogiczne przesunięcia i w podziałach czynności wydziałów, będących odpowiednikami Ministerstwa Opieki Społecznej tak, by sprawy, przydzielone obecnie departamentowi Służby Zdrowia, były załatwiane wyłącznie w wojewódzkich wydziałach Zdrowia Publicznego względnie w oddziałach Zdrowia, a sprawy, przydzielone departamentowi Opieki Społecznej — w wojewódzkich wydziałach Pracy i Opieki Społecznej lub — przy połączonych wydziałach — w którymś z jego oddziałów (z wyjątkiem oddziału Zdrowia).

Miasto Spa w porozumieniu z francuskim światem lekarskim urządza w czasie od 3—10 września b. r. podróż naukową z Paryża do Spa ze zwiedzaniem Belgji i wycieczkami w Ardenny. Koszta 1.200 fr. fr. Szczegóły: *Secrétariat du Voyage Médical Belge Nice. 38. Av. Auber.*

Redakcja otrzymała:

H. Morawitz: Choroby krwi w praktyce lekarskiej. Tłum. H. Landau. Eskulap. Warszawa. 1933.

Wł. Mikułowski: Pląsawica rodzinna. Odb. „Medycyna". Nr. 11. 1933.

CENY OGŁOSZEŃ	$^1/_1$	$^1/_2$	$^1/_4$	$^1/_8$	$^1/_{16}$
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA NA KWARTAŁ III-ci

w kraju	zł 14.—
zagranicą	$ 2.50